

Escuela de Posgrado

MAESTRÍA EN GERENCIA PÚBLICA

Tesis

**La falta de diálogo deliberativo como barrera para la
implementación del modelo de atención en salud mental
comunitaria en la región Callao**

John Baldeon Miranda
Bill Antony Castañeda Molina
Rosa Flor Silva Tello

Para optar el Grado Académico de
Maestro en Gerencia Pública

Lima, 2022

Repositorio Institucional Continental
Tesis digital



Esta obra está bajo una Licencia "Creative Commons Atribución 4.0 Internacional" .

Asesor

Mg. Miguel Antezana Corrieri

Dedicatoria

Dedico este trabajo a mi familia, a mi madre y a mis hermanos quienes siempre están ahí siendo partícipes de cada logro que voy obteniendo a lo largo de mi vida profesional.

Agradecimiento

Al Mg. Miguel Antezana.

Esta investigación no hubiera sido una realidad sin su constante apoyo y asesoría en cada error que cometíamos hasta llegar a cumplir la meta propuesta.

Índice

Asesor.....	ii
Dedicatoria.....	iii
Agradecimiento	iv
Índice de Tablas.....	vii
Índice de Figuras	viii
Resumen	ix
Abstract.....	x
Introducción	xi
Capítulo I Planteamiento del Estudio y Formulación del Problema.....	13
1.1. Planteamiento y Formulación del Problema	13
1.1.1. Planteamiento del problema.	13
1.1.2. Formulación de problema.	21
A. Problema general.	21
B. Problemas específicos.....	21
1.2. Determinación de los Objetivos	22
1.2.1. Objetivo general.....	22
1.2.2. Objetivos específicos.	22
1.3. Justificación e Importancia del Estudio.....	22
1.4. Limitaciones de la Presente Investigación.....	24
Capítulo II Marco Teórico.....	26
2.1. Antecedentes de la Investigación	26
2.1.1. Nacionales.....	26
2.1.2. Internacionales.	34
2.2. Bases Teóricas.....	41
2.2.1. Diálogo deliberativo.	41
A. Mecanismo interactivo.	41
B. Evidencia científica.....	43
2.2.2. Modelo de atención.....	47
A. Prevención, tratamiento y manejo.	47
2.2.3. Salud mental.....	57
A. Bienestar mental.....	58
B. Enfermedades mentales.....	70

2.3. Definición de Términos Básicos	77
Capítulo III Hipótesis y Variables.....	80
3.1. Hipótesis	80
3.1.1. Hipótesis general.	80
3.1.2. Hipótesis específicas.	80
3.2. Operacionalización de Variables	80
Capítulo IV Metodología del Estudio	83
4.1. Método, Tipo o alcance de investigación.....	83
4.1.1. Método.....	83
4.1.2. Tipo o alcance.	86
4.2. Perfil del informante clave	87
4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	89
4.4. Técnica de análisis de datos	91
Capítulo V Resultados y Discusión	93
5.1. Resultados y Análisis	93
5.2. Discusión de Resultados	104
5.3. Validación de las hipótesis	109
Conclusiones	115
Recomendaciones	119
Referencias Bibliográficas.....	121
Anexos.....	127
Anexo 1: Matriz de Consistencia.....	127
Anexo 2: Instrumento de Recolección de Datos (Entrevista)	129
Anexo 3: Categoría Emergente: Tratamiento.....	132
Anexo 4: Categoría Emergente: Prevención	133
Anexo 5: Categoría Emergente: Mecanismo Interactivo	134
Anexo 6: Categoría Emergente: Manejo	135
Anexo 7: Categoría Emergente: Evidencia Científica.....	136
Anexo 8: Categoría Emergente: Enfermedades Mentales	137
Anexo 9: Categoría Emergente: Bienestar Mental	138

Índice de Tablas

Tabla 1 Diferencias entre dialogo deliberativo y debate	46
Tabla 2 Población afectada por problemas severos de salud mental, Perú 2018	50
Tabla 3 Operacionalización de variables	81
Tabla 4 Informantes clave.....	88
Tabla 5 Instrumento de Recolección de la Información (Guión de Entrevista)	90
Tabla 6 Acciones desde el diálogo deliberativo para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao	113

Índice de Figuras

Figura 1. Cambio de paradigma en el cuidado integral de personas con problemas en su salud mental a partir de la Ley 29889 y su Reglamento.....	49
Figura 2. Inversión per cápita anual para la atención de salud mental 2014-2018. Copyright 2018 por Ministerio de Salud. Reimpreso con permiso.....	51
Figura 3. Inversión per cápita anual para la atención de salud mental por regiones 2018.	53
Figura 4. Casos atendidos según trastornos mentales y de comportamiento (incluye violencia periodo 2009-2018).	54
Figura 5. Redes de atención comunitaria en salud mental, integradas en las redes de servicios de salud general.	56
Figura 6. Qué son políticas públicas.....	65
Figura 7. Proceso de gestión de las políticas públicas.	66

Resumen

La región del Callao es, junto a la región metropolitana de Lima, aquella con más cobertura en salud mental, tiene en su territorio cuatro hospitales (Daniel Alcides Carrión, General, San José y Ventanilla) y cinco Centros de Salud Mental Comunitaria (Ventanilla baja, La perla, Sarita Colina, Mi Perú y Carmen de Legua), posee una población que asciende a 1,000,000 de personas según datos de INEI, sin embargo, los centros solo tienen capacidad para atender el 69% de los pacientes. El estudio sirve como una manera de observar el desarrollo de las políticas públicas de atención a los pacientes de salud mental, teniendo como objetivo general, analizar la falta de diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao; la metodología empleada fue un enfoque cualitativo, un tipo de investigación de campo, de nivel descriptivo apoyado en el método analítico, inductivo y fenomenológico-hermenéutico. La muestra fue de 25 informantes clave, a quienes se le aplicó una entrevista a profundidad por parte de los investigadores. Los resultados evidenciaron ciertas debilidades, como dificultades en cuanto a la saturación en los servicios de salud mental, insuficiencia de recursos presupuestarios, dotación, de insumos, medicamentos, equipamiento y mantenimiento de la infraestructura, más profesionales del área, factores esenciales para atender oportunamente los tratamiento de pacientes con estas enfermedades mentales, más allá de los avances logrados con la implementación de los CSMC, no se efectúa el diálogo deliberativo de manera sistemática para gestionar las políticas públicas en este campo, lo que disipa los esfuerzos, hace falta realizar investigaciones para obtener evidencias científicas como datos e informaciones para fortalecer el modelo, superando de esa forma el statu quo; además hay ausencia de un enfoque interdisciplinario, lo que impide un óptimo funcionamiento.

Palabras clave: Salud mental, atención de pacientes, diálogo deliberativo, políticas públicas, centro de salud mental comunitario.

Abstract

The Callao region is, along with the metropolitan region of Lima, that one with the most coverage in mental health, it has on its territory four hospitals (Daniel Alcides Carrión, General, San José and Ventanilla) and five Centers of Community Mental Health (Low Window, La Perla, Sarita Colina, Mi Peru and Carmen de Legua), has a population amounting to 1,000,000 people according to INEI data, however, the centers only have the capacity to take care of 69% of patients. The study serves as a way to observe the development of public policies of care for mental health patients, having as general objective to analyze the lack of deliberative dialogue as a barrier to the implementation of the model of care in community mental health in the Callao region. The methodology used was a qualitative approach, a type of field research, descriptive level supported by the analytical, inductive and phenomenological-hermeneutic method. The sample was of 25 key informants, who were given an in-depth interview by the researchers. The results showed certain weaknesses, such as difficulties in terms of saturation in mental health services, insufficient budgetary resources, endowment, inputs, medicines, equipment and maintenance of infrastructure, more professionals in the area, essential factors to treat patients with these mental illnesses in a timely manner, beyond the progress made with the implementation of CSCCs, there is no systematic deliberative dialogue to manage public policies in this field , which dispels efforts, research is needed to obtain scientific evidence such as data and information to strengthen the model, therefore exceeding the status quo; there is also the absence of an interdisciplinary approach, which prevents optimal functioning.

Keywords: Mental health, patient care, deliberative dialogue, public policies, community mental health center.

Introducción

En función a los cambios realizados a las políticas públicas en materia de salud mental se dio inicio a un programa para la transformación total del sistema en la República del Perú, este nuevo modelo dio vida a los centros de Salud Mental Comunitaria (en adelante, CSMC), los cuales trabajan desde las comunidades atendiendo a personas con enfermedades de índole psíquica.

Se está tratando de afrontar la problemática de la salud mental desde una visión diferente, por lo que se han tomado referencias de España, en el continente europeo, así como de Estados Unidos, en Norteamérica y de Colombia y Chile en Suramérica, en el caso del Perú más de 1,000 personas por año llegan a practicar el suicidio, además de ello, los frecuentes hechos de violencia intrafamiliar y los feminicidios terminan siendo una variable fundamental que tomar en cuenta en el desarrollo de este fenómeno psicosocial en el país, por lo que es considerado

A partir de allí, las autoridades de los diferentes poderes del Estado en 2019 sancionaron y aprobaron la Ley de Salud Mental, que, en coordinación y articulación con el Plan Nacional de Salud Mental, y los recursos económicos que se acordaron dentro del presupuesto Nacional para la salud, sientan las bases a una reforma profunda al sistema, que arranca de raíz instituciones que ya no responden a las necesidades que le demandan actualmente. Es importante resaltar que el país toma en consideración la problemática existente mediante el PP Control y Prevención de Salud Mental, donde se puede observar que existe plena conciencia de que hay un elevado número de personas afectadas por problemas de salud mental.

Por consiguiente, este estudio orienta los esfuerzos a analizar la falta de diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao. El mismo se alcanzará aplicando una metodología cualitativa, una investigación de campo con un nivel descriptivo, empleando el método fenomenológico-hermenéutico.

De este modo, el trabajo se estructuró en cinco capítulos a saber, el Capítulo I comprende el planteamiento del estudio y la formulación del problema, donde se efectuó una contextualización y descripción de la problemática del tema, las interrogantes de la investigación, los objetivos, la justificación e importancia y las limitaciones.

El Capítulo II, referido al Marco Teórico, es aquel donde se reseñan los antecedentes de la investigación de carácter nacional e internacional, así como también, las bases teóricas que nutren el trabajo, las teorías que lo fundamentan y demás conceptos asociados a las variables que lo conforman, por último, se despliega la definición de términos básicos.

El Capítulo III, siendo hipótesis y variables, es integrado por la hipótesis general, las específicas y la operacionalización de las variables, por otro lado, en el Capítulo IV se presenta la metodología del estudio, compuesto por el método, tipo y alcance de la investigación, además del perfil de los informantes clave, las técnicas e instrumentos de recolección de datos y las técnicas para el análisis de los datos.

En el Capítulo V, Resultados y Discusiones, se muestran cada uno de los hallazgos logrados de los diferentes instrumentos empleados, aquí los investigadores efectuaron una descripción y análisis de los datos mediante los cuales llevaron a cabo los fundamentos e interpretaciones sobre las diferentes variables y dimensiones que se han definido previamente; finalmente, se despliegan las conclusiones, recomendaciones, un conjunto de referencias bibliográficas y los anexos.

Capítulo I

Planteamiento del Estudio y Formulación del Problema

1.1. Planteamiento y Formulación del Problema

1.1.1. Planteamiento del problema.

La mente es el instrumento más poderoso del humano, su poder y desarrollo es lo que lo ha llevado a la cúspide de las criaturas en el planeta. La mente y el cuerpo humano experimentan procesos de desarrollo desde diferentes ámbitos, que a su vez están expuestos a procesos de deterioro.

Este deterioro con el paso del tiempo ha sido sometido a diferentes estudios, la medicina como ciencia ha procurado comprender la forma en que funciona la mente humana, los esquemas mentales, los procesos cognitivos del individuo, para dar cabida a lo que se llama el concepto de salud mental.

De acuerdo a los planteamientos de la Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS, 2004), la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias actitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a su comunidad, de ahí que las organizaciones y organismos a nivel global busquen incentivar la mejora de las condiciones en las que viven las personas con alguna condición mental en el mundo.

Cabe resaltar que, según datos (OMS, 2012) entre 76% al 85% de las personas en países de bajos ingresos no reciben ningún tipo de tratamiento, además el 25% de pérdida de ingresos por discapacidad es consecuencia de enfermedades de la mente. Sumado a ello, en una nota sobre la depresión (OMS, 2020), indica que más de trescientos millones de personas en el mundo la

padecen, teniendo consecuencias tan graves como la cifra de ochocientos mil suicidios anuales.

Se trata de una problemática con impacto global que sobrepasa todas las dimensiones sociales, económicas, políticas, de raza, credo, sexo, entre muchos otros aspectos, situación que afecta el desarrollo y bienestar de un individuo o un conjunto de individuos cuando también están inmersos los integrantes del seno familiar ya que se ven influenciados por alguna de las conductas de sus miembros.

Por ello, la OMS como un organismo multilateral que contribuye a la planificación, diseño, organización, ejecución, seguimiento y control de las políticas públicas con un impacto global, promueve el establecimiento de criterios y líneas de acción que coadyuven al fortalecimiento de las políticas de salud mental con influencia mundial, proyectando metas y métodos que permitan incentivar en los gobiernos políticas dirigidas directamente hacia las personas que poseen tales problemas. Por lo tanto, es importante evidenciar la preocupante condición en las que se desarrollan estas políticas a nivel global, que han dejado ver las estadísticas alarmantes sobre el comportamiento y tratamiento de esta área de la salud.

En el contexto Latinoamericano, también existe un panorama complicado, la Organización Panamericana de la Salud (en adelante OPS, 2018) afirma que “los entornos de ingresos menores parecen agravar su falta de recursos al asignarlos a hospitales neuropsiquiátricos especializados en lugar de financiar servicios comunitarios de salud mental” (p.10), lo cual significa que focalizan los esfuerzos y recursos con un enfoque que limita otras áreas fundamentales en el campo de la salud, privando a gran parte de la población de los servicios de médicos relacionados con estas

enfermedades y que se encuentran en una situación de vulnerabilidad social.

De ello se evidencia que hay problemas en la forma en que se gestionan los diferentes recursos (financieros, humanos, materiales, suministros, tecnológicos, físicos, entre otros) para llevar a cabo políticas públicas en materia de salud mental. Las afirmaciones realizadas por la OPS en las conclusiones dan cuenta que las estrategias empleadas han agravado la situación, mermando los esfuerzos institucionales. Del mismo modo, indica la misma (OPS, 2018) que el origen principal de mortalidad por salud mental se debe a causas estrictamente tratables, que debido a estigmatizaciones y la deficiente gestión sobre los servicios hacen que no se aborden de la forma correcta.

Entonces, se está en presencia de una problemática donde las brechas no se han disminuido en tanto y cuando el manejo de los recursos disponibles no ha sido optimizado de la mejor forma, situación que dificulta tener resultados concretos que modifiquen el statu quo sobre los servicios que se ofrecen en el ámbito de la salud mental para los países que integran la región latinoamericana.

En el caso particular del Perú, la situación mantiene rasgos similares que la región, en datos ofrecidos por el Defensoría del Pueblo en la Nación hay ciento tres Centros de Salud Mental Comunitarios (CSMC), sin embargo un tercio de la población sufre algún trastorno de los que solo el 20% recibe tratamiento, información que se concatena con las valoraciones de la (OPS, 2018), al punto de que cerca de mil personas se suicidan anualmente, aspecto que debe encender las alarmas de la sociedad para que entre todos los diferentes sectores y actores que integran el Estado Nación intensifiquen los esfuerzos.

No obstante, un paso significativo para subsanar las debilidades, fue la entrada en vigencia de la Ley de Salud Mental, LSM (2019), que estipula en el artículo 1: La presente ley tiene por objeto establecer el marco legal para garantizar el acceso a los servicios, la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación en salud mental, como condiciones para el pleno ejercicio del derecho a la salud y el bienestar de la persona, la familia y la comunidad. (p.1)

Estos esfuerzos conjuntos entre los diversos poderes del Estado, ejecutivo y legislativo, se constituyen como una reforma innovadora para el sistema de salud peruano que favorecen una mejora sustancial en el tema de la gestión y gerencia de las políticas públicas en materia de salud mental, con el propósito de optimizar los servicios de asistencia a los pacientes que padecen este tipo de enfermedades, aun cuando el problema no deje de ser un evento grave, pues los valores en torno al desarrollo vienen de la mano de agravantes multifactoriales.

No obstante, analizando un informe reciente de la Defensoría del Pueblo en la Nación (2019), solo un 0.1% de los ingresos de la República están destinados a instituciones que se encargan de atender problemas asociados a enfermedades de salud mental, mientras que el 1% solo al sector salud, lo que demuestra claramente un desequilibrio hacia el financiamiento de programas, planes, proyectos y obras necesarias para la inversión de diferentes tipos.

Este aspecto que no contribuye a la reducción de las brechas sobre esta situación preocupante para la sociedad en general, no solo de pacientes, sino de los integrantes del grupo familiar que se ven afectados por la carencia de tratamientos que desmejoran las condiciones de vida y el bienestar común de todos, con mayor énfasis en aquellas poblaciones con altos niveles de vulnerabilidad

social que se deben priorizar como política pública social.

Sobre el balance de la situación de la Salud Mental en el país, la primera autoridad de la Defensoría del Pueblo de la Nación (2019) añadió que se “ha advertido la falta la asignación presupuestaria a las regiones para la creación de hogares protegidos para la desinstitucionalización y vida en comunidad de personas con problemas de salud mental en situación de abandono en hospitales y en calles” (p. 1).

Esta situación de falta de recursos presupuestarios no es exclusiva del poder central, se extrapola a los diferentes niveles territoriales de gobierno, lo que es a todas luces una fuerte debilidad, pues la falta de recursos dificulta el funcionamiento óptimo sobre la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria y a partir de esos fondos, que se constituyen como capacidad financiera, es que se dinamizan las otras capacidades organizacionales de las instituciones del sector, el capital intelectual, la dotación de equipos, la construcción, rehabilitación, refaccionamiento de infraestructuras, adquisición de medicamentos y demás insumos que son condición sine qua non para evitar un funcionamiento deficiente en los servicios de salud mental.

De igual manera, en el interior del país específicamente en la región Callao, cuenta con cinco CSMC y tres hospitales, los cuales prestan servicio al 51% de la población, siendo esta de un millón doscientas mil personas aproximadamente, dando cuenta de que las condiciones son insuficientes para la atención necesaria.

Por ende, la focalización de la problemática se sitúa esencialmente en que los hospitales Daniel Alcides Garrión, San José y Ventanilla no disponen de la unidad de adicciones, camas destinadas para pacientes con enfermedades de salud mental, ni de la unidad de emergencia para estos pacientes, adicionalmente no cuentan con el

programa de adicción de 60 días que se desprende de la normativa técnica de salud mental, cuyas causas se originan por la falta de equipamiento y talento humano profesionalizado y especializado; más allá de contemplarse en el Plan de la Reforma de Salud Mental del país, hay que pasar a las acciones concretas para ir contrarrestando las brechas existentes.

Por otra parte, en cuanto a los CSMC La perla y Sarita Colina, disponen de toda la documentación necesaria para la operatividad y funcionamiento, mientras que Ventanilla baja, Mi Perú y Carmen de Legua no cuentan con ella para el funcionamiento de los servicios, adicionalmente no tienen el código que le otorga el estatus de prestador de servicios, situación que representa una problemática a todas luces para analizar la falta de diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao.

Todos estos elementos esbozados por los investigadores como sujetos cognoscentes, permiten suponer a priori que los servicios de salud para la atención mental comunitaria no están funcionando de la forma apropiada, hay un sinnúmero de deficiencias que más allá de contribuir a disminuir las brechas, exacerbando las dificultades por la poca capacidad de respuesta de las autoridades, es posible que todas estas situaciones se estén produciendo por la falta de un diálogo deliberativo entre los diferentes actores, instituciones, instancias y equipos de colaboradores que en ellas convergen.

Los procesos de políticas públicas generalmente están cargados de un entorno complejo y transcomplejo en el accionar, lo que demanda de una agenda social común que conlleve a consensos, acuerdos y concertación entre distintos actores para tomar decisiones oportunas que beneficien a la mayor cantidad posible de ciudadanos, priorizando las problemáticas existentes por regiones o localidades.

Se trata de que todos los niveles de gobiernos, entes, organismos y demás instituciones del sector salud, articulen y coordinen los esfuerzos conjuntos para mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitario en la región, donde prevalezca el interés colectivo en pro de la población.

En ese sentido, una de las herramientas para coadyuvar con esa mejora, son los diálogos deliberativos, que analizando los planteamientos de Buchanan y O'Neill (2001), se refieren a un mecanismo interactivo para compartir conocimientos que promueve e incentiva a lograr los consensos necesarios para reconocer la necesidad de respaldo para la toma de decisiones en un territorio o institución, con la intencionalidad de que los distintos actores estén en capacidad de agregar valor significativo en función del tema que se esté abordando.

Es posible que dentro de las causas que están afectando el funcionamiento en la implementación de este nuevo modelo, a parte de la falta de diálogo deliberativo, esté la ausencia de un enfoque interdisciplinario entre los diferentes actores e instituciones propiamente involucradas en el proceso, lo que está dificultando una operatividad óptima sobre la gestión de todos los recursos: humanos, financieros, materiales, equipos, tecnológicos, insumos y medicamentos.

Requiere entre muchas otras cosas de una gran cantidad de recursos presupuestarios (inversiones) para construir infraestructuras, rehabilitar y refaccionar las existentes, dotar de equipos sofisticados con la tecnología de vanguardia, materiales, suministros, insumos y medicamentos, así como también se debe contar con colaboradores especializados en el ramo de la salud, tratándose del capital intelectual como componente medular que dinamizará y garantizará servicios con altos estándares de calidad.

Desde el enfoque de los diálogos deliberativos, las evidencias sobre las investigaciones que se desarrollan en materia de políticas y programas de salud pública, están en capacidad de conocer todos los puntos de vistas, las experiencias cultivadas y los conocimientos tácitos de quienes están inmersos en esas acciones. Buchanan y O'Neill (2001).

Conviene señalar que, las municipalidades de la región no tienen la capacidad de atender pacientes con patologías crónicas, que son intervenidos mediante casas de hogares protegidos, componentes que son fundamentales para atender integralmente a estos ciudadanos que demandan servicios con altos estándares de calidad.

Profundizando en la forma, los elementos que se conjugan en torno al desarrollo de las políticas públicas pertenecen a cuatro géneros diferentes, en primer lugar está la infraestructura, pues para el tratamiento indica que en los casos de salud mental hay condiciones especiales que deben estar presentes en el recinto asistencial, del mismo modo es necesario conocer la administración del talento humano en los CSMC, si poseen las aptitudes y actitudes necesarias para el desarrollo del plan, en ese mismo sentido, hay que conocer la aplicación real de las políticas públicas y finalmente evaluar la cogestión comunitaria de cada centro.

En razón de lo planteado, es necesario indicar, que la región se encuentra en la etapa inicial y desde ya se están presentando graves problemas de funcionamiento sobre la implementación de este modelo, situación que debe ser intervenida de forma eficaz y eficiente para ir aplicando los ajustes sobre las desviaciones significativas que se están produciendo, que se traduzcan en mejoras cualitativas y cuantitativas sobre los servicios, en función de

los parámetros previamente mencionados, de manera que los recursos sean empleados de forma apropiada y dando a las políticas públicas en materia de salud mental la fortaleza y efectividad que precisan.

1.1.2. Formulación de problema.

A. Problema general.

¿Cómo la falta de diálogo deliberativo representa una barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao?

B. Problemas específicos.

- ¿Cuál es la situación actual sobre el diálogo deliberativo para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria?
- ¿Cuál es la base conceptual sobre la que se sustenta el diálogo deliberativo y el modelo de atención en salud mental comunitaria?
- ¿Qué factores impiden el funcionamiento adecuado sobre la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao?
- ¿Cómo la ausencia de un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao, impide que funcione apropiadamente?
- ¿Qué acciones son necesarias desde un diálogo deliberativo para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao?
- ¿Cómo un enfoque interdisciplinario coadyuvaría a mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao?

1.2. Determinación de los Objetivos

1.2.1. Objetivo general.

Analizar la falta de diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao.

1.2.2. Objetivos específicos.

- Conocer la situación actual sobre el diálogo deliberativo para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria.
- Describir la base conceptual sobre la que se sustenta el diálogo deliberativo y el modelo de atención en salud mental comunitaria.
- Identificar los factores que impiden el funcionamiento adecuado sobre la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao.
- Determinar si la ausencia de un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao impide que funcione apropiadamente.
- Establecer acciones desde el diálogo deliberativo para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.
- Definir un conjunto de lineamientos desde un enfoque interdisciplinario para mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.

1.3. Justificación e Importancia del Estudio

En primera instancia, la relevancia de esta investigación parte de las debilidades que se presumen ante la falta de diálogo deliberativo y la ausencia de un enfoque interdisciplinario como barreras para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria, política pública diseñada y ejecutada como una acción gubernamental en materia de

salud mental comunitaria en el Perú, específicamente en la región del Callao, lo cual constituye un elemento vital para todo el conjunto de la sociedad, esto es de crucial valor al ser un factor de afectación social y comunitaria, que debe ser abordado por todos los actores que integran el estado Nación, pues los ciudadanos son copartícipes y destinatarios principales de las políticas y el gobierno le corresponde el diseño e implementación para garantizar el bienestar común y la satisfacción de las necesidades, con mayor hincapié en aquellas poblaciones con altos niveles de vulnerabilidad social.

En lo económico, los datos de la OMS indican que el 33% de las pérdidas por discapacidad corresponde a situaciones asociadas con la depresión y ansiedad, por lo cual se transforma en un problema económico, que no solo adolece el paciente, sino que además afecta a familiares y a la sociedad en general, lo que demanda de inyectar créditos presupuestarios en las diferentes instituciones de gobierno para atender con premura esta problemática focalizada en auge.

Entretanto a nivel institucional, es significativo destacar el papel de la Contraloría como órgano que le corresponde el control y fiscalización sobre las políticas públicas ejecutadas por las autoridades gubernamentales (poder ejecutivo) para la mejora de las condiciones de salud y bienestar común de la sociedad en todo el conjunto, adicionalmente del componente de control social que efectúan los propios ciudadanos como destinatario de las políticas y demás actores sociales (centros de educativos, universidades, fundaciones, sindicatos, entre muchos otros).

En términos jurídicos, con la puesta en marcha de la Ley de Salud Mental, promulgada en mayo de 2019, instrumento que fomenta la promoción y contraloría social por parte de las comunidades y de las instituciones especializadas en velar por el buen desarrollo de las políticas públicas en materia de salud mental comunitaria, como un aspecto cónsono con los

principios de control de gestión, transparencia, eficacia, eficiencia y calidad en el servicio.

Por su parte, en lo documental, la investigación representa un gran avance para la comunidad académica, científica y sociedad en general, develando desde los propios informantes claves los factores que impiden el buen funcionamiento en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región del Callao, entre los cuales se presume que la falta de diálogo deliberativo y la ausencia de un enfoque interdisciplinario como barreras que lo obstaculizan, estudio que divulgará cómo se aplican estas políticas públicas y el buen desenvolvimiento del talento humano, el mecanismo en que se desarrolla el proceso de cogestión con las comunidades y verificar si las políticas se emplean de forma idónea.

En relación a lo que aporta a la comunidad, el estudio coadyuvará a elevar la voz de las comunidades en razón de permitir evidenciar cuáles son las condiciones en las que se desarrollan las políticas públicas de salud mental comunitaria, hecho que refuerza la labor contralora de la investigación.

Desde el punto de vista académico, representa una investigación que sienta las bases para conocer sobre el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud comunitaria en la región del Callao, qué factores y barreras están impidiendo el desarrollando óptimo, de qué forma se puede coadyuvar a mejorarlo a partir del diálogo deliberativo y un enfoque interdisciplinario, promoviendo que el tema se situé en la agenda pública nacional, regional y local, en aras de visibilizar en la sociedad en general las dimensiones de la problemática en el sector salud.

1.4. Limitaciones de la Presente Investigación

La presente investigación tiene una limitación territorial que se circunscribe a la región del Callao, esta se ubica entre los centros asistenciales de Salud Mental inscritos dentro del territorio regional. En cuanto a lo temporal, el estudio se plantea terminar hasta la fase de resultados antes de finalizar el año 2020, conviene señalar, que producto de la situación sobrevenida de la

epidemia, declarada pandemia por la OMS, que afecta el desenvolvimiento normal de muchos sectores entre los cuales se encuentran el de salud y el universitario.

El primero está exclusivamente centrado en atender la hipercatálisis ocasionada por el virus, mientras que el segundo paralizó actividades pedagógicas presenciales, por ello, se efectuarán un conjunto de entrevistas a profundidad a diferentes profesionales especialistas en el tema en los distintos centros de salud de la región, utilizando las bondades de las tecnologías digitales para la comunicación en tiempo real, que permitirá recabar información intersubjetiva consistente, coherente y neurálgica para la materialización de esta tesis.

Capítulo II

Marco Teórico

2.1. Antecedentes de la Investigación

Los antecedentes están orientados a aquellos trabajos vinculados con las variables propias del estudio, donde se presentan un conjunto de investigaciones nacionales e internacionales desarrolladas con anterioridad y una periodicidad menor a cinco años, que en función al contenido, se consideran relevantes en aspectos notables en cuanto a: método e instrumentos utilizados, referentes teóricos, la población, así como las conclusiones, recomendaciones, hallazgos y naturalmente cuales fueron las contribuciones relevantes que interesen para el área de salud mental o porque realizan evaluación del desempeño del talento humano bajo la visión de políticas públicas.

2.1.1. Nacionales.

En la esfera nacional, se presenta la investigación realizada por Carmona, et al., (2018) titulada *Políticas e intervenciones para reducir lesiones por accidentes de tránsito: De la evidencia a la práctica*, publicada en la Revista Anales de la Facultad de Medicina, en esta investigación se destaca el uso del dialogo deliberativo como herramienta para el análisis sobre la intervención para prevenir la mortalidad y lesiones ocasionadas por los accidentes de tránsito desde una perspectiva científica de cada uno de los actores involucrados, además de representantes técnicos de las diversas instituciones relacionadas con el abordaje del problema en cuestión.

En cuento a la metodología se desarrolló en tres etapas, de las cuales la tercera hace uso del dialogo deliberativo en dos aspectos fundamentales, como los es la discusión acerca de las barreras y facilitadores para que implementen las recomendaciones que podrían presentar los peatones o conductores, los prestadores de servicio de seguridad vial, entre otros. Y la deliberación sobre las

consideraciones que se deben seguir para implementar estas recomendaciones, tomando en consideración las potencialidades, beneficios, daños, uso de los recursos y costos, así como también, la adaptación que se debe poseer para su implementación y los dictámenes o experiencias de las partes que podrían tener influencia en la aceptabilidad.

Como conclusión se destaca la opinión por parte de los expertos, quienes identificaron que gran parte de las evidencias disponibles pertenecen a contextos internacionales, por lo cual señalan que se debe investigar tanto en Lima como en todo el país, acerca de la evaluación del impacto de la fiscalización electrónica y las actividades a desarrollar en la educación vial, pues según los expertos en su deliberación se debería tener una vigilancia epidemiológica única, sistematizada y accesible sobre los accidentes de tránsito, así como el análisis de los costos que estos acarrearán, las consecuencias en cuanto a discapacidad y los tiempos de atención real entre, recoger al afectado y la atención médica, incluyendo el manejo prehospitalario.

Obsérvese como los diálogos deliberativos cuando son empleados bajo lineamientos específicos, se obtienen resultados que buscan beneficios para las personas, instituciones y políticas de administración pública, en este caso, en el sector de la salud, tanto de los afectados en los accidentes de tránsito, como en el tiempo de respuesta.

Nuevamente una investigación de Carmona et al, (2017) titulada *Utilidad de los diálogos deliberativos para la formulación de recomendaciones de guías de práctica clínica*, publicada en la revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública, el desarrollo de este estudio se motivó para promover la implementación de procesos sugeridos a nivel internacional para el

desarrollo de recomendaciones en la salud y en base a documentos técnicos con evidencia científica, pues el Instituto Nacional de Salud (INS) a través de la Unidad de Análisis y Generación de Evidencias en Salud Pública (UNAGESP) está realizando la transferencia tecnológica en el desarrollo de elaboración de guías de práctica clínica basadas en evidencias (GPC-BE) que incluye entre sus diversos componentes secuenciales, la organización de diálogos deliberativos (DD), por lo cual a nivel operativo facilito el trabajo con el Sistema GRADE.

Se enfatiza la importancia que para este tipo de diálogos es fundamental que todos los miembros del panel de expertos hayan participado en la elaboración, validación y priorización de las preguntas en formato PICO (Paciente, Intervención, Comparador, *outcome* o resultado)

Entre las conclusiones se destaca la importancia de los diálogos deliberativos cuando las preguntas clínicas están bien definidas, pues las recomendaciones basadas en evidencia o por consenso de expertos es determinante para la implementación y factibilidad de éstas dentro de la guía de práctica clínica.

Basado en la investigación anterior se puede decir que los diálogos deliberativos son una herramienta muy útil cuando se tiene que realizar un consenso entre numerosos expertos sobre un tema en específico para llegar a una unanimidad de criterios, sin embargo, es importante destacar que en un momento determinado estos diálogos deben garantizar la confidencialidad y anonimato de la participación cuando se trate de pacientes, que también pueden ofrecer un punto de vista sobre el tema.

Ahora bien, Luna (2019) realiza la investigación para la Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas titulada: *Centro de salud mental*

comunitario, el cual posee seis objetivos generales, del que destaca el siguiente: Proponer una arquitectura que responda las necesidades y al subconsciente de los pacientes y ver las reacciones que descubren a través de la interacción con los diferentes elementos que componen un espacio arquitectónico como la iluminación, la naturaleza, los colores, los materiales, los sonidos.

Desde el punto de vista metodológico, la investigación se vale de las corrientes del pensamiento del paradigma positivista e interpretativo, agrupando características del enfoque cualitativo y cuantitativo. La primera parte de la investigación se centra en la documentación, análisis y síntesis de la información en relación a los recintos de salud mental, los registros permiten observar la evolución histórica de la infraestructura y la manera que la ciencia y tecnología han reformado la arquitectura, haciéndolos más amigables para los usuarios y para los trabajadores en general.

La contribución de este trabajo se sitúa en las tres variables: atención de pacientes, salud mental y centros de salud, que naturalmente responden a la implementación de políticas públicas para poder ofrecer los servicios de atención dentro de las comunidades y particularmente a aquellas personas que padecen algún tipo de enfermedad mental, es relevante que todos los recursos que se disponen para ejecutar las acciones sobre el servicio se encuentren operando en óptimas condiciones, allí es donde el ciudadano percibe el bienestar común y la satisfacción de los servicios de calidad por parte del Estado.

De igual modo, Acuña y Acuña (2018) realizaron un trabajo ante la Universidad César Vallejo, titulado: *Gestión de potencial humano y su desempeño laboral del área de Administración de la Dirección Regional del Gobierno Regional Madre de Dios*, para optar al grado de Maestra en Gestión Pública. El objetivo general determinar cómo

se relaciona la gestión de potencial humano y el desempeño.

El trabajo metodológicamente se abordó desde las bondades del paradigma cuantitativo, con un enfoque cuantitativo, una investigación de campo de nivel descriptivo y alcance correlacional. La población fue de 80 sujetos entre los cuales se seleccionó una muestra de 40 trabajadores. La técnica para la recolección de los datos fue una encuesta aplicada mediante dos cuestionarios con opciones policotómicas que permitió hacer el diagnóstico a la comunidad.

Los resultados de la investigación ayudaron a determinar que el 90% de los encuestados opinaron que, en materia de gestión del potencial humano, el desempeño es regular, la misma percepción les genera el área de administración, pero esta vez en el 95% de los encuestados. Además de ello, se empleó el método estadístico Tau de Kendall, que dio registros de alta correlación entre las variables.

Esta investigación guarda una estrecha relación con el trabajo de grado actual, al ser un estudio que evalúa entre otros aspectos componentes sobre la gestión de las políticas públicas en el área de salud, donde el talento humano es esencial para el funcionamiento de los centros de salud en Perú, así como también, el manejo de todos los recursos disponibles para garantizar que los servicios y atención médica se logren de la mejor forma posible, es decir, que se asegure atención integral a las comunidades.

Por su parte, González (2018) elaboró un trabajo de investigación ante la Universidad Privada de Tacna titulado: *Diseño de un centro de salud mental comunitario para la atención y rehabilitación psicosocial de mujeres violentadas en Tacna -2018*. El objetivo general, se orientó a desarrollar el proyecto arquitectónico Centro de Salud Mental Comunitario para la atención y rehabilitación

psicosocial de mujeres violentadas en Tacna.

En el ámbito metodológico, fue mixta, pues utilizaron las bondades del enfoque cualitativo y cuantitativo, una investigación de tipo correlacional y diseño comprensivo-positivo, donde se esbozaron, analizaron y evaluaron las distintas etapas y características de tema, teniendo como instrumentos de recolección de datos entrevistas a profundidad, visitas de campo y revisión documental.

Es así que la investigación logra documentar de forma integral las características globales de un centro de salud mental, aun cuando en las conclusiones advierta que dicho centro no va a disminuir la violencia de género en la zona de Tacna, sino que va a coadyuvar a las personas que son víctimas en la región.

Esta investigación tiene pertinencia debido a que da un fundamento íntegro sobre la constitución de un centro de salud mental en la parte conceptual de recinto como un componente de la política pública que se materializa a través del proyecto de obra (infraestructura), y se va complementando con los planes y programas asociadas a la dotación y demás aspectos, sin embargo, los instrumentos presentados poseen una mayor versatilidad y permiten comprender en gran medida la situación y relacionarla en función de alcanzar una imagen nítida de la realidad del problema.

Gil (2017) presentó el trabajo de grado ante la Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa titulado: *Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia bajo el modelo de salud mental comunitario, del Centro de Salud Mental Comunitario Alto Libertad, Cerro Colorado Arequipa-2017*. El objetivo general fue determinar la influencia de la familia en el tratamiento del paciente con esquizofrenia bajo el enfoque de salud mental comunitario usuario del Centro de Salud Mental Comunitario Alto Libertad, Cerro Colorado Arequipa-2017.

Se trató de un estudio bajo el enfoque cuantitativo con un tipo de investigación explicativa de nivel descriptivo, de diseño no experimental y alcance transversal o transaccional. Para la recolección de datos, el universo de estudio constó de 39 familias que representó la muestra de carácter no probabilística y centrada en familias con pacientes con esquizofrenia, a los cuales se les aplicó un cuestionario integrado por 23 preguntas con opciones múltiples.

Los hallazgos permitieron determinar que la población de pacientes está constituida por 69% hombres y 31% mujeres, el 49% de los pacientes hay presencia de violencia familiar en el hogar, donde el 82% tuvo los inicios de la enfermedad antes de los 18 años, además el 90% afirmó que no depende económicamente de los familiares. Estos datos y otros más generan una imagen general de las causas y consecuencias de los problemas de salud mental, por tanto, se deben promover más diagnósticos situacionales que permitan planificar, diseñar y ejecutar políticas públicas que converjan en la mejora de las condiciones de los pacientes, orientado a garantizar el bienestar común como ciudadanos.

El aporte del trabajo en esta investigación tiene relación directa con las tres variables, pues para analizar la falta de diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao hay que disponer de todos los recursos: financieros, físicos, intelectuales, materiales, tecnológicos, entre otros, y que así se gestionen los servicios con altos estándares de calidad, se trata de una problemática que tiene que ser atendida por todos los actores de la sociedad como partícipes y copartícipes de las políticas públicas.

Fernández (2019) construyó el trabajo de investigación ante la

Universidad César Vallejo, titulado: *Tipos de personalidad relacionada con clima laboral en el personal de los Centros de Salud Mental Comunitarios de la Provincia de Trujillo*, para optar al grado de Maestra en Gestión en los Servicios de la Salud. El objetivo general fue determinar la relación de los tipos de personalidad con el Clima Laboral del personal de los Centros de Salud Mental Comunitarios de la Provincia de Trujillo durante el periodo mayo a junio 2019.

Una investigación de enfoque mixto, cualitativo y cuantitativo, un diseño de tipo descriptivo con alcance correlacional que se encargó de estudiar a los trabajadores del recinto asistencial, teniendo como población los 30 colaboradores de la institución, además se tuvo como técnica de recolección de datos la encuesta y el instrumento un cuestionario, analizada con el Inventario Personalidad de Eysenck (EPI), que mide por una parte la introspección y extrospección y por otro el neuroticismo. Dentro de las técnicas de análisis de datos se empleó el software estadístico SPSS en la versión 2.4.

Los resultados determinaron que el 96.6% de los trabajadores son extrovertidos, mientras que el 100% son altamente estables; sin embargo, el 66.7% de los colaboradores consideran que el clima laboral es mediano a desfavorable, por lo que se evidenció que los tipos de personalidad no se relacionan con el clima laboral del personal de los Centros de Salud Mental Comunitario.

A partir de estos aportes, el trabajo tiene vinculación con este en virtud de que las condiciones de salud mental son fundamentales para que las personas puedan desenvolverse en todos los aspectos de la vida, teniendo la capacidad de desarrollarse desde los propios procesos cognitivos y esquemas mentales, pues la personalidad puede afectar el desempeño en el campo laboral, familiar, de pareja,

entre otros, por ello, es esencial que las autoridades promuevan políticas públicas para la atención de pacientes con problemas mentales a efecto de garantizar el tratamiento de calidad.

2.1.2. Internacionales.

Del Instituto de Investigaciones Médicas en Medellín, Colombia, se realizó una investigación por Zapata, et al., (2022) titulada “*Diálogo deliberativo con universidades iberoamericanas sobre intervenciones en salud mental estudiantil durante la pandemia de COVID-19*” en este estudio se buscó contextualizar una recopilación de evidencias sobre las intervenciones en la salud mental estudiantes durante la pandemia por COVID-19, haciendo uso del dialogo deliberativo con los responsables, para así lograr tomar y aplicar decisiones sobre este contenido tomando en consideración diferentes universidades de Iberoamérica.

Entre los materiales y métodos de menciona la realización de un diálogo deliberativo, estrategia que es reconocida dentro de la investigación cualitativa y permite una guía de ponderación hacia evidencia científica sensible al contexto. Como resultados importantes se menciona la participación de 96 participantes de 21 universidades públicas y privadas de Argentina, Brasil, Chile, Colombia, Ecuador, México, Perú, Portugal y Venezuela. Mediante este tipo de dialogo se permitió el enriquecimiento de la descripción de las intervenciones que se diseñaron, sin embargo, para llevarlas a cabo se exige un sustento político que ofrezca garantía de derecho a la educación, es decir, integrar la salud mental del estudiante, debido a que con esta investigación se veía como abandonado este aspecto fundamental dentro de la formación de los educandos.

Como se pudo apreciar con esta investigación se pudo evidenciar la importancia que tiene utilizar el dialogo deliberativo como

herramienta, debido a que, gracias a ésta se llegó al consenso de la aplicabilidad de los equipos de trabajo dentro de las universidades para atender la Salud Mental de los estudiantes, después de la pandemia hubo bastantes afectados y no se contaba con el apoyo suficientes para estas situaciones de vida.

En Brasil, se realizó la investigación de Marques, Donszelmann, y Dias, (2017) titulada *Consideraciones Teóricas del Diálogo Deliberativo: contribuciones para la práctica, la política y la investigación en Enfermería*, es una tesis doctoral, publicada en la revista *Texto & Contexto Enfermagem*, en el cual se discutió y reflexiono sobre las concepciones teóricas y metodológicas del dialogo deliberativo, y como contribuye a la práctica, política e investigaciones el área de la enfermería, para lo cual se hizo un estudio tanto en el aspecto teórico como reflexivo sobre el esquema metodológico que posee el proceso de deliberación, así como las principales características y los pasos fundamentales para guiar el proceso de desarrollo de este tipo de dialogo.

Como resultados se denoto la importancia de los debates deliberado y facilitados entre las partes interesadas, para así lograr un acuerdo en forma colectiva, dando prioridad a los servicios de la salud y asi tomar decisiones sobre las estrategias a seguir, tomando en cuenta la evidencia de la investigación sintetizada y la experiencia contextual de los participantes.

Cabe resaltar que en la investigación se menciona como características calves de esta metodología, la inserción cuidadosa de los participantes, el desarrollo de antecedentes con síntesis de prueba, el uso de nuevas orientaciones innovadores y el análisis de datos con el empleo de métodos integrados.

Basados en la investigación anterior, se pude destacar la

importancia de utilizar los diálogos deliberativos como una herramienta para recopilar los datos en una investigación cualitativa, pues sería una nueva manera de construir un conocimiento científico.

En el ámbito internacional, Pagnamento (2017) efectuó una investigación doctoral ante la Universidad Nacional de La Plata, titulado: *La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los agentes de salud. Análisis de caso (CAPS municipio de La Plata 2008-2015)* para optar al grado de Doctor en Ciencias Sociales. El objetivo fue teorizar sobre los procesos de construcción de políticas públicas en el ámbito de la salud, tomando aquellas que en su implementación incorporan acciones participativas, y que por ende circunscriben especialmente a la APS (Atención Primaria de la Salud).

Un trabajo de carácter descriptivo y metodología documental que buscó hacer un análisis profundo sobre la realidad expuesta en los centros de salud inmediata, alcanzando un gran nivel de teorización sobre la información abordada, el mismo tuvo como conclusión la condición general en la atención primaria de salud, dicho análisis genera críticas y propuestas que permiten visualizar la mejoras de las condiciones en el sistema que cohesionen y optimicen las condiciones actuales en los centros, además evidencia las falencias que en materia de políticas públicas como una herramienta para la gobernabilidad y gobernanza de la sociedad, particularmente repercuten en la atención al ciudadano.

Esta investigación tiene pertinencia debido a que realiza una evaluación desde los documentos y registros de la calidad, aplicación y pertinencia de las políticas públicas entorno a los centros de salud, sentando base lógica para el abordaje del

desempeño en instituciones públicas adheridas a las mismas áreas de conocimiento. Además de ello, en términos metodológicos permite reforzar la metodología de análisis de los datos recolectados.

En ese sentido, Herrera y Unda (2019) elaboraron un trabajo de investigación ante la Escuela Superior Politécnica del Litoral, Guayaquil, Ecuador, titulada: *Plan estratégico del hospital naval de Guayaquil*, para optar al grado de Magíster en Gerencia Hospitalaria. El objetivo general fue generar un plan estratégico para el Hospital Naval Guayaquil que funcione como herramienta para recuperar la capacidad operativa en todos los ámbitos y mejorar el nivel de satisfacción de los usuarios con el fin de contribuir al incremento del bienestar del personal de la Armada del Ecuador.

A nivel metodológico, la investigación se realizó a partir del enfoque mixto, empleando técnicas cualitativas y cuantitativas con un diseño inductivo-deductivo, con claros rasgos descriptivos además de emplear la entrevista, observación y el análisis de contenido mediante una revisión exhaustiva de documentos.

La investigación cuenta con una descripción amplia y sistemática de las características mínimas necesarias para un centro de atención hospitalaria, además describe a cada subsistema de forma detallada, el análisis parte de una matriz FODA para proseguir con un análisis descriptivo, para luego sistematizar dando como resultado un modelo idóneo que se adapta a las necesidades particulares del hospital Naval de Guayaquil.

La relación que guarda con la investigación se centra específicamente hacia la gestión de los recursos físicos, asociados con uno de los ejes de acción de infraestructura y equipamiento como un elemento esencia cuando se están planificando, diseñando

e implementando políticas públicas en materia de salud, ello con la finalidad de que los servicios para la atención de los pacientes cumplan con los estándares globales de calidad, focalizados siempre en el bienestar común.

Adicionalmente, Sánchez (2017) desarrolló un estudio para la Universidad de Murcia titulado: *Violencia de usuarios hacia los profesionales de Salud Mental*. El objetivo general fue analizar la exposición a la violencia de usuarios en el ámbito sanitario. Metodológicamente el trabajo se llevó a cabo a través de un diseño transversal, de tipo descriptivo-analítico, la técnica de recolección de datos fue mediante una encuesta que se le aplicó a una muestra de 590 personas pertenecientes a los servicios: salud mental, urgencias, hospitalización médica y materno infantil, además se realizaron 12 entrevistas en las que se profundizó en la caracterización de la situación.

El análisis de los datos se realizó a partir de un estudio estadístico en el cual se llegó a la conclusión que los trabajadores del género masculino son más susceptibles a recibir violencia física en el área de salud mental, en tanto al departamento que recibe violencia física y verbal con más frecuencia es la unidad de urgencias, adicionalmente son enfermeros, quienes en mayor medida son víctimas.

Esta investigación se vincula con este trabajo debido a que hace una indagación en el ámbito de la salud mental específicamente sobre el recurso humano y logra establecer un panorama de la condición general del problema que se ve afectado también por la violencia física que se produce en estos espacios para la rehabilitación de pacientes, por otra parte, se evidencia una continuidad en el patrón metodológico empleado en investigaciones de esta índole.

Asimismo, Norberto (2017) elaboró una investigación presentada ante la Universidad de Extremadura, España, titulada: *Estudio de la demanda de atención en un equipo de salud mental*, para optar al grado de Doctor, cuyo objetivo general fue describir las características sociodemográficas, clínicas y asistenciales de una muestra de pacientes que demandan atención por primera vez en el ESM de Almendralejo e identificar perfiles en función de las características de la demanda.

El abordaje metodológico del trabajo se efectuó a partir de un diseño de investigación descriptivo retrospectivo, en ella se hizo una revisión a profundidad de documentos y registros que reflejan la naturaleza de población.

Se analizaron sistemáticamente todas las categorías desarrolladas en torno a la demanda de un equipo de salud mental. En relación a las conclusiones del estudio se tiene que los hombres son más propensos a buscar ayuda psiquiátrica sobre todo en edad de ejercicio laboral, tienen trastornos asociados al trabajo y regularmente grave, sin embargo, se recuperan con mayor frecuencia que las mujeres, en ambos casos no parecen indicar de forma consciente sus expectativas ante la terapia, el grupo etario que asiste con mayor frecuencia es el de mujeres mayores de 65 años, regularmente divorciadas o viudas.

La contribución de este estudio ofrece una visión clara sobre la demanda de salud mental por parte de personas de distintos perfiles, permitiendo comprender cómo se comporta demográficamente el fenómeno social de la salud mental como un área susceptible a que sea intervenida con mayor fuerza por las autoridades gubernamentales, con miras hacia la administración apropiada de los recursos que se disponen para implementarlos en

el sector.

En ese orden de ideas, Torres (2015) redactó un trabajo presentado ante la Universidad de Chile titulado: *Análisis y propuestas de mejora al diseño del modelo del servicio de cuidado diurno del Programa Nacional Cuna Más de Perú*, para optar al grado de Magíster en Gestión y Políticas Públicas. El objetivo general fue describir la política Cuna Más y analizar los factores determinantes que intervienen en su implementación.

La investigación fue de carácter cualitativo a través de una revisión documental de información y datos oficiales sobre las políticas gubernamentales en el sector de salud, se enfocó en describir, analizar y proponer un modelo para la aplicación de políticas públicas para el programa Cuna Más, el diagnóstico de la realidad de estudio se realizó a partir de entrevistas semi estructuradas en las cuales se registraron impresiones sobre el modelo de cogestión, estándares de calidad y la infraestructura en la que se presta el servicio.

A nivel del análisis de la información, se realiza un análisis pormenorizado de las entrevistas realizadas en las que, en primera instancia, se plantea el panorama general y luego se contrastan las opiniones divergentes de los entrevistados, tomando como base los valores estadísticos aportados. En ese sentido, el análisis se ejecutó dentro de cuatro ejes priorizados: Infraestructura, Calidad de la atención, recursos humanos y el modelo de cogestión.

La tesis guarda una estrecha relación con esta ya que aborda el diseño e implementación de un programa de salud como política pública con el propósito de emplear todos los recursos físicos, intelectuales, materiales y tecnológicos para que la atención a pacientes se lleve con altos estándares de calidad, orientado hacia

la satisfacción de las demandas sociales.

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Diálogo deliberativo.

El diálogo deliberativo se constituye como una herramienta apropiada para promover la concertación, acuerdo y consenso sobre una problemática en particular, a los fines de entender y comprender las dimensiones de esa problemática, mediante el intercambio de información, datos y experiencias de los participantes que intervienen allí, se trata de un trabajo con cualidades colaborativas para tomar decisiones que incentiven el diseño de estrategias, acciones y un plan coordinador, articulado y que responda a los intereses colectivos.

Desde el discurso de Buchanan y O'Neill (2001), es mediante un proceso de diálogo deliberativo que se pueden incentivar y facilitar con respecto a los pro y contra existentes sobre una problemática concreta, y donde los que intervienen tienen diferentes enfoques e iniciativas para abordarla, de allí que deliberar amplía las opciones para la solución del problema, que al compartirse puede identificar los principales puntos de acuerdo para dirimirlo, de allí se desprenden las bases para construir un plan de acción conjunto.

A. Mecanismo interactivo.

El diálogo deliberativo se circunscribe como un mecanismo totalmente interactivo, pues envuelve la participación de diferentes actores y sectores para recolectar evidencias y experiencias que se han promovido a partir de la planificación y políticas gubernamentales en diferentes áreas estratégicas, entre las cuales, la salud es medular. Conviene resaltar, lo señalado por Ortiz (2015), quien manifestó que “los diálogos deliberativos reúnen la evidencia con las visiones, experiencias, valores y conocimientos de las personas involucradas, facilitando la transformación del conocimiento en

política pública”.

Es por ello que esta investigación tiene dentro de sus objetivos establecer acciones desde el diálogo deliberativo para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao, así como definir un conjunto de lineamientos desde un enfoque interdisciplinario como herramienta para contribuir a la mejora sustancial del modelo propiamente y que emerge desde las propias voces de los actores que intervienen en él, sean estos pertenecientes al contexto nacional, regional o local, en todo caso, lo que se busca es aglutinar los esfuerzos y recursos disponibles.

a. Participación multidisciplinaria.

El diálogo deliberativo se orienta hacia ese mecanismo de participación multidisciplinaria de un conjunto de profesionales y actores que tienen la tarea de valorar e interpretar informaciones y datos de carácter científico sobre una política pública, generalmente se efectúa en el campo de la salud pública a los efectos de mejorar las estrategias, acciones y políticas gubernamentales fundamentadas en las evidencias per se.

El diálogo deliberativo implica debates deliberados y facilitados entre las partes interesadas para lograr un consenso sobre las prioridades de los servicios de salud y decidir colectivamente sobre las estrategias de acción utilizando la evidencia de la investigación sintetizada y la experiencia contextual. Es una estrategia de traducción de conocimiento que involucra a individuos, comunidades e instituciones que toman el conocimiento científico en cambios razonados. Las características clave de este

método incluyen la selección cuidadosa de los participantes, el desarrollo de un documento de antecedentes con síntesis de pruebas, la facilitación calificada y neutral, el uso de enfoques innovadores para las actividades de grupo y el análisis de datos con métodos integrados. Acosta, Oelke y Lima (2018)

De tal forma estos diálogos deliberativos simbolizan una metodología acreditada para estimular la toma de decisiones sobre las políticas públicas diseñadas y ejecutadas por las autoridades gubernamentales, con la finalidad de atender las necesidades reales de la ciudadanía para mejorar el bienestar común sobre una problemática en concreto, adicionalmente, dentro de las características que lo rodean se encuentran: es colaborativo, con intereses comunes, dispone de amplias expectativas y perspectivas, dentro de los fines está la búsqueda de acuerdo, valoran las hipótesis de forma sistemática, es un mecanismo abierto, dinámico, flexible y emergente.

B. Evidencia científica.

El mecanismo de diálogo deliberativo se nutre de las actividades de investigación científica, de allí la relevancia de esta postura, que emplea las bondades de las corrientes del paradigma positivista, interpretativo y socio crítico para recopilar información y datos consistentes, coherentes y que han sido acreditados por la comunidad científica y académica, los cuales servirán de insumo para generar y readecuar nuevas acciones y políticas públicas en materia de salud.

Analizando los planteamientos de Carmona, Bonilla, Huamán, Reyes, Hajar y Caballero (2017), la evidencia científica

representa un aporte trascendental y significativo más dentro del mecanismo de diálogo deliberativo, que abarca en el proceso de elaboración de recomendaciones en la guía práctica clínica basada en evidencia, proporcionándole un alto valor agregado a partir de la participación multidisciplinar e interdisciplinaria de todos los actores interesados, que convergen para promover cambios y acuerdos sustanciales sobre una política u acción gubernamental.

a. Principios basados en evidencia.

En cuanto a los principios basados en evidencia, sostienen Carmona, Bonilla, Huamán, Reyes, Hajar y Caballero (2017), todos los actores e integrantes que tienen el interés de participantes en el proceso de diálogo deliberativo estarán proclives en un tiempo inicial en la necesidad actual de comenzar a diseñar la guía práctica clínica basada en evidencia, que comprenden el establecimiento de un conjunto de principios para el tratamiento de la información científica que se derive, para coadyuvar todos esos profesionales de salud, gestores y decisores políticos en la estandarización los criterios clínicos o principios basados en la evidencia disponible, a los efectos que se pueda ir reduciendo la brecha en los servicios de salud que se ofrecen a la sociedad como un todo.

El tratamiento de las evidencias científicas que se tenga sobre una problemática concreta en el marco de un sistema de salud pública, ha de seguir las bondades que el método científicos, los paradigmas, protocolos y técnicas para la recogida de los datos e informaciones; esta debe ser abordada a partir de un conjunto de principios que formarán parte de la responsabilidad y

compromiso ético por parte de todos los involucrados, que se desprenda del rigor científico y de esa forma sirva de insumo para el abordaje y priorización de las problemáticas existentes.

En la investigación realizada por Mejía y Rocío (2020) proponen un esquema de razonamiento práctico basado en Walton y Krabbe (2017), quienes afirman que el enmarcado de acción colectiva sí sucede en un diálogo deliberativo, cuando presenta las siguientes características

(1) es ocasionado por un conflicto de intereses entre las partes o por la necesidad de cooperación, (2) su meta principal es cerrar un trato, (3) la meta de los participantes es beneficiarse individualmente del trato, y (4) puede producir beneficios colaterales como: llegar a un acuerdo, reforzar la confianza, revelar posiciones, influenciar a una audiencia, o adquirir prestigio (p. 109)

Según la investigación realizada por Barros, (2020) expone la base de los diálogos deliberativos a partir de la regla de Chatham House, desarrollada por McMaster Health Forum (Canadá), esto es cuando una reunión o parte de ella se rige por esta regla “los participantes son libres utilizar la información recibida, pero no podrá revelar la identidad y afiliación de los oradores y participantes” (p. 10)

También hace alusión a las siguientes características distintivas entre dialogo deliberativo y el debate:

Tabla 1 *Diferencias entre dialogo deliberativo y debate*
Diferencias entre dialogo deliberativo y debate

Dialogo Deliberativo	Debate
Es colaborativo	Es adversario
Busca una base común	Busca la victoria
Amplía las perspectivas	Afirma perspectivas
Busca acuerdos	Busca diferencias
Provoca introspección	Causa crítica
Se trabaja con las fortalezas	Se trabajan en base a las debilidades
Provoca la reevaluación de los supuestos	Defiende suposiciones
Atento a los significados	Cuidado con el combate
Permanece abierto	Implica una conclusión

Fuente: (Barros, 2020).

En este trabajo se puede apreciar como el uso del dialogo deliberativo en el área de salud mental, tuvo grandes aportes como el logro de incluir políticas de salud mental contra el asilo antirracista en las políticas públicas de salud mental para niños y adolescentes en Brasil y la propuesta de la inclusión en Sinan de una pestaña de “racismo” como una notificación de violencia.

Cabe resaltar que Lavis, et al., (2009) menciona “Las Redes de Políticas Informadas por las Evidencias (Evidence-Informed Policy Networks, EVIPNet) que operan en África, Asia y las Américas planean utilizar un enfoque similar en la evaluación formativa de sus diálogos de políticas” (p. 20), en esta investigación se realiza una antesala o se fijan las bases para lo que hoy en día se llama Diálogo Deliberativo, pues hace la propuesta de que en los diálogos se distinguen por doce

características que son el centro de las preguntas en la encuesta de la evaluación formativa.

2.2.2. Modelo de atención.

A. Prevención, tratamiento y manejo.

Dentro del seno de la sociedad, una de la responsabilidad de las autoridades de gobierno es el diseño y la puesta en marcha de políticas y acciones públicas para detectar, diagnosticar, prevenir, aplicar tratamiento y demás aspectos para el manejo de las enfermedades mentales, trastornos y otras patologías asociadas a cambios abruptos en la conducta de alguno de los ciudadanos, ubicándose como una problemática susceptible de ser atendida con la urgencia del caso, así lo demuestra el crecimiento sistemático de las estadísticas en el Perú en 2018.

Para la Subdirectora General de la Organización Mundial de la Salud para Enfermedades No Transmisibles y Salud Mental los trastornos mentales son la causa de una parte importante y cada vez mayor de la carga total de morbilidad, y que el tratamiento de esos trastornos tiene muchas limitaciones, la prevención es la alternativa más eficaz para controlar ese problema en aumento. Galés-Camus (2018).

En efecto, más allá de la responsabilidad ineludible de las autoridades de gobierno, el ciudadano es copartícipe de las políticas públicas, y es a partir de la participación en las actividades de interés dentro de las comunidades, localidades y regiones que puede involucrarse para incorporarse en el diseño de acciones encaminadas hacia el mecanismo de prevención, tratamiento y manejo de este tipo de patologías, es una de las formas más eficaces para atender con la urgencia del caso cada uno de las problemáticas, que se detecten como consecuencia de los diagnósticos que se desarrollan.

- a. Modelo de atención comunitario de salud mental, atención, técnica del servicio.

Para Sepúlveda (2013) es el modelo de atención de la salud mental en la comunidad la forma en que se organizan los recursos sociales, especialmente los sanitarios, para enfrentar un determinado problema de salud; donde el modelo implica juicios y valoraciones respecto a la génesis, expresión clínica, curso y pronóstico de la enfermedad. También implican juicios y valores sobre la persona humana, sus deberes y derechos, el orden social, las obligaciones de la sociedad para con las personas, etc.

Este nuevo modelo parte desde abajo hacia arriba como una actividad de corresponsabilidad de las políticas públicas sociales, donde la participación y voluntariado de la ciudadanía es fundamental para efectuar los diagnósticos y pronósticos en los problemas asociados a enfermedades de salud mental, que, de acuerdo a las estadísticas emanadas del Ministerio de Salud del Perú, debe ser atendido con premura para estabilizar el crecimiento de los trastornos mentales en la población.

- b. Seguridad, fiabilidad, trato (cambio de paradigma sistema de salud mental).

En el marco del cambio de paradigmas sobre el sistema de salud en el que se ha sumergido Perú, dentro de los factores esenciales está la seguridad, fiabilidad y el trato de los pacientes que buscan prevención, tratamiento y manejo de las diferentes patologías, mediante un mecanismo más inclusivo, incluyente y que pone el acento en el bienestar integral del individuo como eje de la sociedad.

El avance que experimenta el mundo hace que las sociedades estén en constante cambio, y son ellos quienes les permiten adecuarse a la dinámica en diferentes sectores y actores, y la salud es una de estas áreas claves para el desarrollo social de los ciudadanos, en la Figura 1 se describen un conjunto de aspectos esenciales para el cambio de paradigma para el sector en términos del cuidado integral de personas con problemas en su salud mental, elaborada a partir de la Ley 29889 y su Reglamento.

Del enfermo mental	Al ciudadano con necesidades de cuidado salud mental
Del médico psiquiatra/del Psicólogo	Al equipo interdisciplinario de salud mental
De la contención del síntoma	A la recuperación total
Del Hospital psiquiátrico	A las redes de atención comunitaria en territorios determinado
De la exclusión social	Al inclusión social (Derechos)
Del "objeto" de intervención	A la participación y movilización social

Figura 1. Cambio de paradigma en el cuidado integral de personas con problemas en su salud mental a partir de la Ley 29889 y su Reglamento.

Fuente: Elaboración propia, a partir de la Ley 29889 y su Reglamento

Allí se plantea al ciudadano como centro fundamental para la intervención con servicios eficaces y eficientes hacia el cuidado de la salud mental, que incorpora a los actores que hacen vida dentro de las comunidades para garantizar la participación para la inclusión social, creando valor en coordinación y articulación las autoridades para las políticas públicas, pues el ciudadano es copartícipe.

- c. Estadísticas sobre problemas de salud mental en el Perú. En esta sección se compartirán y analizarán un conjunto de datos estadísticos que versan sobre el tema de la salud mental en el país, con el propósito de contextualizar en términos cuantificables los efectos de este tipo de enfermedades en el conjunto de la sociedad peruano.

En la Tabla 1, se muestra la población afectada por problemas severos de salud mental en la nación, cuyos datos sitúan la problemática crítica que requiere de ser atendida rápidamente mediante el diseño, planificación e implementación de políticas públicas en la materia, para que se dispongan de servicios de atención de pacientes con estas patologías con altos estándares de calidad, con miras hacia la disminución de las brechas, estos problemas se pudieran estar desprendiendo de otros como el consumo de alcohol y estupefacientes, que son perjudiciales y alternan el comportamiento de la estructura humana.

Tabla 2

Población afectada por problemas severos de salud mental, Perú 2018

Valor	Unidad de Medida
8.669.497	Personas con al menos un trastorno mental alguna vez en su vida
5.239.169	Personas de 12 años o mayor con al menos un trastorno mental durante el último año
1.923.560	Personas de 12 años o mayor con trastornos depresivo en el último año
253.100	Personas de 12 años o mayor con trastorno psicótico
1.120.980	Personas de 12 años o mayor con consumo perjudicial de alcohol
996.455	Personas de 12 años o mayor con dependencia de alcohol

Fuente: INEI–INSM HD-HN. Equipo Técnico: DSAME- MINSA, 2018.

Por su parte en la Figura 2, exhiben los recursos

presupuestarios y financieros que ha venido invirtiendo el Estado Peruano en el sector salud, particularmente en el área de salud mental, estos fondos están destinados a un conjunto de políticas públicas que se materializan a través de acciones en diferentes componentes como: infraestructura, dotación y equipamiento, capital humano especializado, materiales, insumos y suministros fundamentales para la operatividad y funcionamiento de los diversos espacios en los centros de salud, además de la tecnología como pilar clave para garantizar óptimos servicios, entonces, se observa un crecimiento sostenido en la inversión por parte de las autoridades gubernamentales.

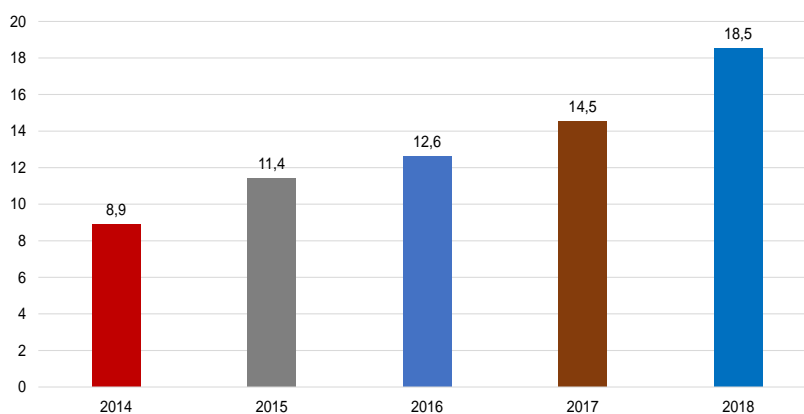


Figura 2. Inversión per cápita anual para la atención de salud mental 2014-2018. Copyright 2018 por Ministerio de Salud. Reimpreso con permiso.

Fuente: Ministerio de Salud (2018)

En la Figura 2 se refleja la inversión per cápita anual para la atención de salud mental por regiones 2018, donde las autoridades del país en la zona metropolitana se encuentran alineada con las tendencias y parámetros globales con respecto a países de medianos ingresos, ello se debe a la concentración población que existe en esa zona capital. Sin embargo, queda mucho por hacer

en las diferentes regiones de la nación para que se aproximen al mínimo de las inversiones de los países considerados con ingresos bajos.

Adicionalmente en la Figura 3 se reflejan las fluctuaciones de los casos atendidos según trastornos mentales y de comportamiento (incluye violencia periodo 2009-2018), donde la ansiedad, la depresión y la violencia han tomado los primeros lugares sobre afectaciones de la personalidad de los individuos, de forma tal que los incrementos de los servicios de atención son coherentes con los recursos que el gobierno ha dispuesto en términos de crecimiento sostenido. Ahora bien, con la implementación del nuevo modelo en el sistema de salud mental, se requieren más esfuerzos y recursos para alinearse a las naciones consideradas como referentes en la implementación, tales como Estados Unidos, España, Chile y Colombia.

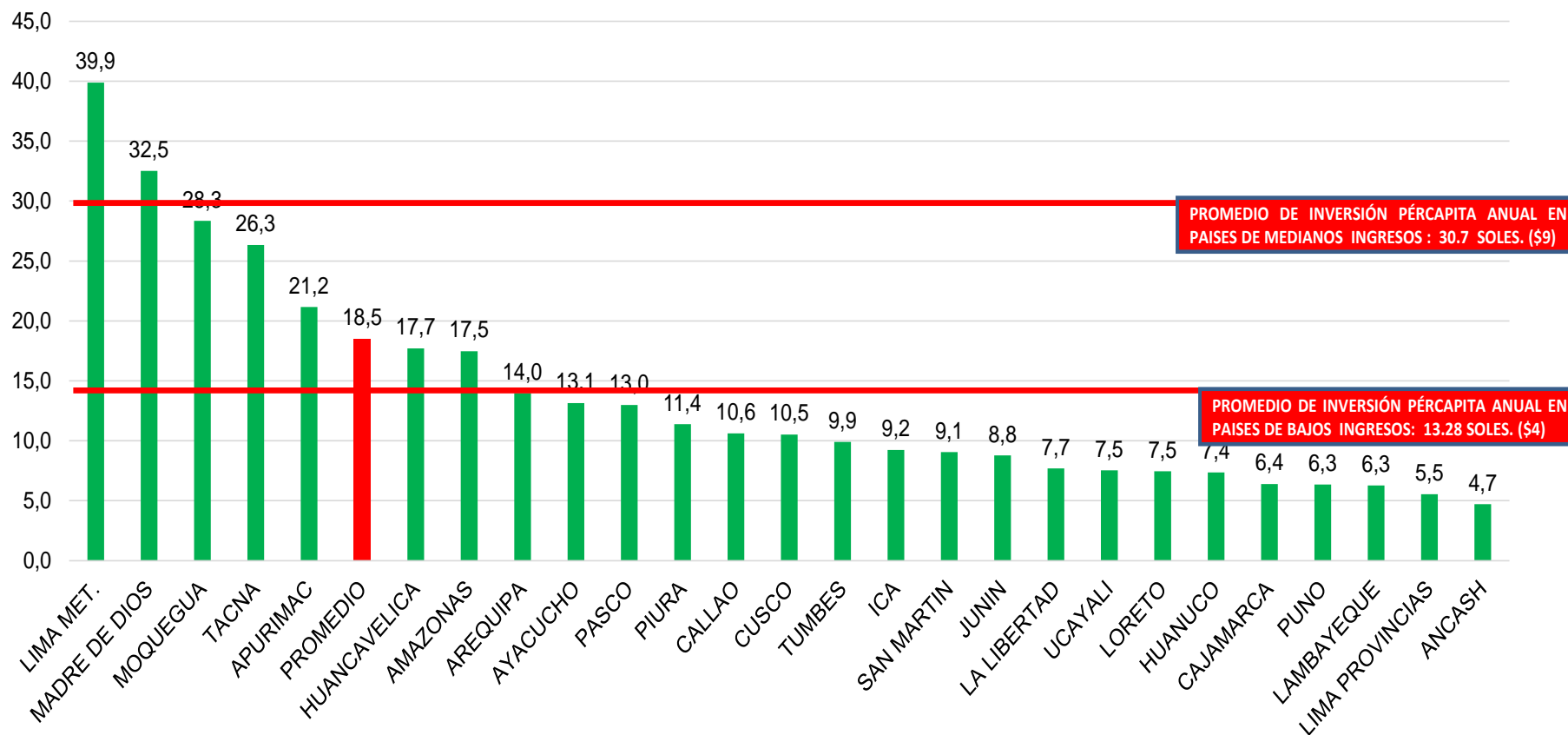


Figura 3. Inversión pércapita anual para la atención de salud mental por regiones 2018.

Fuente: Copyright 2018 por Ministerio de Salud. Reimpreso con permiso.

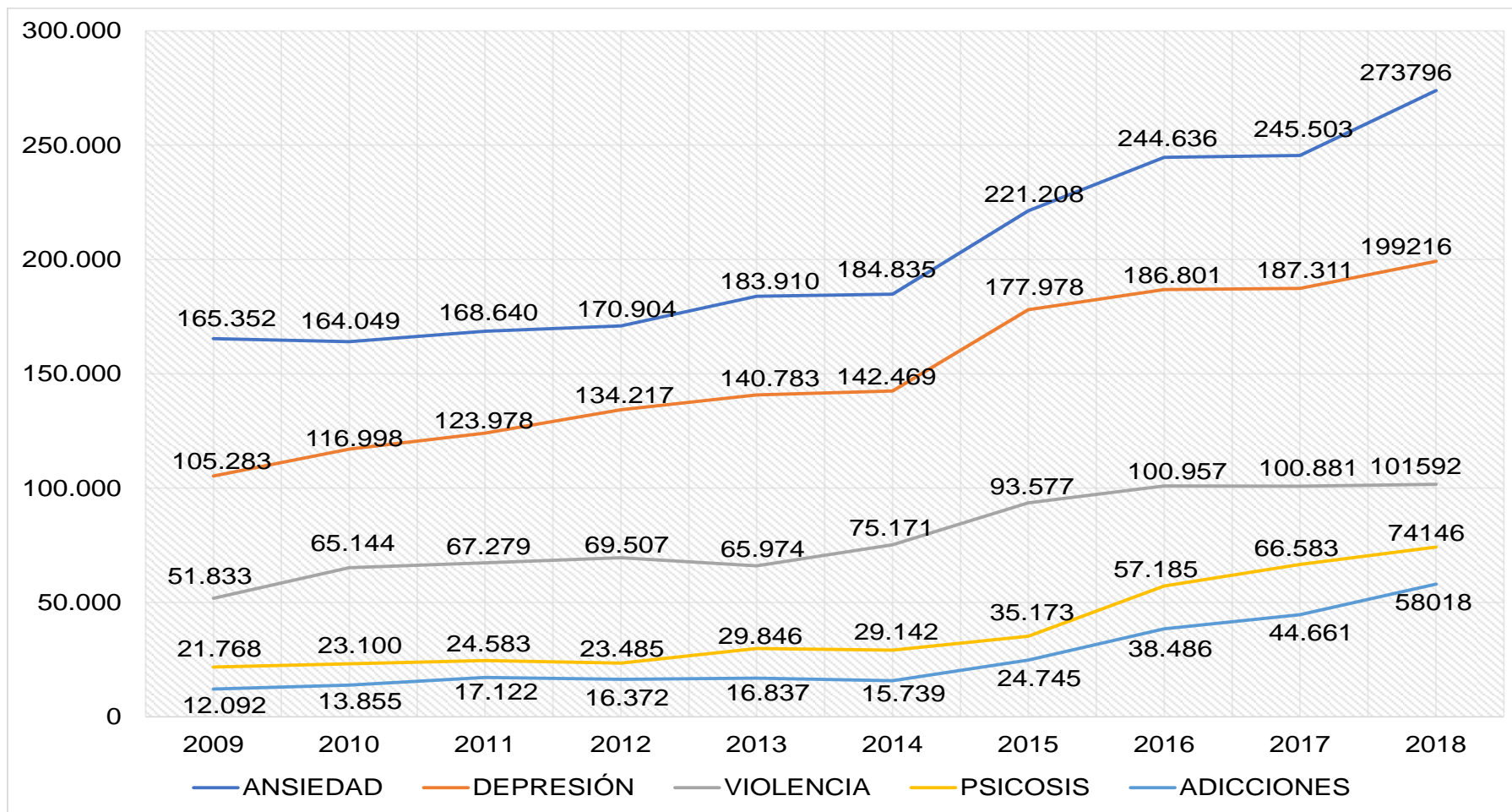


Figura 4. Casos atendidos según trastornos mentales y de comportamiento (incluye violencia periodo 2009-2018).

Fuente: Copyright 2018 por Ministerio de Salud. Reimpreso con permiso.

d. Reforma de la salud mental en el Perú.

Atendiendo a los planteamientos de Baldeon (2019), como parte de este proceso de reforma de la salud mental en el Perú, se debe priorizar:

1. La reestructuración de los hospitales generales para garantizar la atención de la salud mental y el establecimiento de camas para los usuarios.
2. La conformación de redes de atención comunitaria de carácter multidisciplinario.
3. El desarrollo de infraestructuras intermedias para la atención de la salud mental, tales como centros de salud comunitaria, hospitales de día, residencias y programas dirigidos a personas en situación de calle, entre otros.
4. La incorporación del componente de salud mental en la formación de profesionales y técnicos de la salud.
5. El acceso universal y gratuito al tratamiento de problemas de salud mental.
6. La disponibilidad de psicofármacos desde el primer nivel de atención.
7. La desinstitucionalización de las personas con discapacidad que viven en establecimientos de salud.
8. El Poder Ejecutivo debe coordinar con los gobiernos regionales y locales la implementación, seguimiento y evaluación de las acciones de reforma de la atención en salud mental.

El autor quiere resaltar con esta reforma que se da un vuelco en el modelo de salud mental anterior ya que, el centro de este nuevo paradigma se ubica fundamentalmente en la función comunitaria, la participación, voluntariado y la cogestión de los servicios

para territorializar en las regiones y localidades, acercándose estos a los ciudadanos para mejor calidad en la atención de pacientes con estas enfermedades, así se puede ver representativamente en la Figura 5.



Figura 5. Redes de atención comunitaria en salud mental integradas en las redes de servicios de salud general.

Fuente: Baldeon (2019)

e. Centros de rehabilitación psicosocial.

Son recursos de la red pública de atención social para la comunidad orientados esencialmente a mejorar la percepción de calidad de vida, el funcionamiento psicosocial y discapacidad de las personas, incluso interviniendo después de un largo tiempo de evolución del trastorno, González et al. (2016). Estas son unidades técnicas que cuentan con un equipo de colaboradores formados para atender aquellos casos de individuos que tienen algún tipo de trastorno mental, además de otras discapacidades que exacerban las dificultades para desarrollarse dentro del entorno donde converge a través de un proceso de guía, orientación y consultas

sistemáticas y exhaustivas para coadyuvar a mejorar las condiciones y bienestar de vida.

2.2.3. Salud mental.

La salud mental está vinculada con un estado de bienestar del individuo a partir del comportamiento que experimenta en diferentes facetas de la vida cotidiana diaria y las relaciones que mantiene con todo su entorno, siendo íntimas, familiares, amistades, laborales, educativas, entre muchas otras, lo que asegura tranquilidad y felicidad en cada una de las acciones que desarrolla. La salud mental es definida por la OMS (2004) como un estado dinámico de bienestar que se genera en todos los contextos de la vida diaria, los hogares, las escuelas, los centros de trabajo y los espacios de recreación, se expresa a través del comportamiento y la interacción interpersonal. En suma, se trata de cómo se siente un individuo con sus acciones y su comportamiento en las diversas facetas de la vida diaria, sus expectativas para desarrollarse como ciudadano y como cumple cada una de las metas que se ha establecido, tratándose de un aspecto sano integral.

En el mismo orden de ideas, se trata de un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades, por consiguiente, la salud mental es, según esta definición, un componente fundamental de la salud. Una buena salud mental permite a las personas hacer frente al estrés normal de la vida, trabajar productivamente y realizar su potencial contribuyendo a sus comunidades, OMS citado por Etienne (2018). Siendo así, la salud mental tiene que ver más con la forma en que se afronta la vida que con las condiciones físicas que se poseen aun cuando haya estas influyan en la salud mental y la psiquis de un paciente, esta condición no determina si hay o no hay una condición de salud mental desfavorable sino más bien, las condiciones de operatividad de la persona en tanto que es capaz de socializar con otras personas y afrontar la vida.

A. Bienestar mental.

Un componente esencial dentro de la estructura y condición del ser humano lo constituye sin lugar a dudas el bienestar mental, donde los aspectos psicológicos, sociológicos, emocionales, esquemas mentales y funciones cerebrales deben mantenerse estables, equilibradas y sobre todo en armonía para que los procesos cognitivos como la memoria, el pensamiento, la atención, entre otros, sean capaces de alcanzar la salud mental en todo los niveles y etapas por las cuales atraviesa el individuo.

a. Centro de salud mental comunitaria.

Los procesos de planificación, organización, dirección, coordinación supervisión monitoreo control y evaluación de las prestaciones de servicio de salud mental deben tener, de acuerdo con el Ministerio de Salud (2017), un enfoque territorial y responder a las necesidades y demandas de los usuarios y de la población, esto incluye la gestión de recursos humanos económicos, la cartera de servicios y recursos estratégicos, abastecimiento de medicamentos, equipamiento biométrico, entre otros, así como también financiamiento de las prestaciones de salud realizado por el jefe de establecimiento y su equipo de gestión en coordinación con las áreas correspondientes.

Para el Ministerio de Salud (2017) el Centro de Salud Mental Comunitaria es la institución que funge como eje articulador de la red de salud mental en el ámbito de la jurisdicción que debe estar perfectamente fundamentada bajo un enfoque territorial como mecanismo de descentralización y/o desconcentración de servicios sobre

las políticas públicas sociales en la materia, para una población general cercana a 100,000 habitantes.

El CSMC son instituciones que funcionan como una red para la implementación de las políticas sociales en materia de salud mental, alineándose con las acciones de coordinación y articulación con los demás niveles territoriales de gobierno (nacional, regional, local) para asegurar el funcionamiento y operatividad de los servicios mediante planes, programas, proyectos, actividades y tareas en el contexto de procesos de cogestión con los otros centros, orientados hacia la mejora y fortalecimiento continuo de la calidad de los servicios *per se*.

El Centro de Salud Mental comunitario en el ámbito de su jurisdicción para el Ministerio de Salud (2017) desarrolla sus acciones con la comunidad organizada fomentando la participación de las asociaciones de personas afectadas por problemas y trastornos mentales y de sus familiares, así como de organizaciones sociales de base comprometidas con el proceso de identificación de necesidades de Salud Mental, planificación, gestión y evaluación de planes y programas de intervención local.

Además, el Ministerio de Salud (2017) sostiene que los servicios y programas terapéuticos de promoción y prevención de los CSMC identifican las necesidades específicas, preocupaciones, responsabilidades, en cada etapa del ciclo de vida, buscando la construcción de relaciones de género equitativas y justas, reconociendo otras desigualdades y discriminaciones originadas por la ausencia de ética, origen social y la orientación sexual, entre otros factores

La interacción del equipo del CSMC con la población y con las personas usuarias de los servicios, plantea el Ministerio de Salud (2017), que considera el rol cultural, reconociendo la relevancia de la procedencia del usuario y la familia, cosmovisión, idioma, costumbres vinculadas a la salud y a las enfermedades mentales, para tal propósito se asegurarán las competencias interculturales del personal y la participación de mediadores culturales.

Estos CMSM tienen un papel importante para el sector de salud en el país, además de actores e instituciones que se dedican a las investigaciones y otros estudios:

- Es un espacio donde se promueve e incentiva dentro del campo clínico el desarrollo de investigaciones en las áreas asociadas a la salud mental, además de procesos de capacitación de recursos humanos en programas de pre y posgrado dirigidos a médicos y a otros dedicados a la salud mental comunitaria.
- Desarrollan los programas de rehabilitación psicosocial, así como programas de continuidad de cuidados.
- Realizan la atención oportuna de las personas que se encuentran en situación de emergencia psiquiátrica y refiere a aquellas que requieran hospitalización a establecimientos de segundo o tercer nivel según la normativa de referencia y contrarreferencia del Ministerio de salud y la Ley General de Salud.

Los centros de salud comunitaria son una iniciativa creada a partir del año 2016, los cuales han crecido con

la ayuda de la cogestión y la cooperación con las comunidades. Estos centros ayudan a focalizar y a trabajar en función de los pacientes que hay a su alrededor basándose en la idea de que las comunidades pueden hacerse conscientes y mejorar las condiciones de los pacientes.

Para el Ministerio de Salud (2017), los centros de salud mental comunitaria son establecimientos de salud categoría I-3 o I-4 especializados, o su correspondiente, que cuentan con psiquiatría y servicios especializados para niños, niñas y adolescentes, adultos y adultas mayores, así como servicios enfocados en adicciones y participación social y comunitaria.

En efecto, estas nuevas instalaciones van a constituir los espacios en el marco del nuevo paradigma y sistema de salud mental para intervenir efectivamente en el desarrollo de políticas públicas sociales vinculadas con la atención de este tipo de enfermedades que rodean el área, donde los trastornos mentales, psiquiátricos, psicológicos y comportamientos de adicciones deben intervenir con apoyo de las comunidades organizadas.

Cada centro de salud mental comunitaria tiene especialistas encargados de analizar, comprender y llevar a cabo los distintos casos clínicos aparecidos dentro del recinto, sin embargo, la comunidad no solo coopera con el desarrollo económico, sino también con las personas que ayudan con las instalaciones, ya que estos sirven como enclave dentro de la comunidad. Por lo tanto, la ley en el apartado de las disposiciones finales y complementarias señala que se debe fomentar la

creación del centro de salud comunitaria con el fin de mejorar las condiciones y accesibilidad a las personas de cada región.

Adicionalmente, estos centros vienen a reemplazar a los manicomios como una iniciativa orientada hacia la transformación del sistema de salud en el país, con infraestructuras más abiertas hacia las comunidades y los ciudadanos como actores sociales claves para con las políticas públicas. Es vital en el desarrollo que se viene dando en función a los objetivos planteados desde la OMS y de las Naciones Unidas.

En otro sentido, hay que expresar que la organización Panamericana de la Salud (OPS) critica este tipo de iniciativas debido a que focalizan esfuerzos que hay en torno a la salud, se realizan en el estado haciendo de esta manera mella en los esfuerzos que desde las instituciones se buscan desarrollar, una propuesta que surge desde la OPS es que la salud mental se implementa desde todos los centros que existen dentro del territorio, de este modo implica menos gastos y mejor maniobra a la hora de desarrollar estrategias para optimizar las condiciones en esta área para el país.

El CSMC en función de lo esbozado por el Ministerio de Salud (2017) cuenta con los siguientes materiales: manual de operaciones, plan operativo anual (POA), plan de contingencia, programas de intervención terapéutico y social, guías de práctica clínica de los trastornos mentales más frecuentes, manual de procedimientos de bioseguridad registro de los indicadores, registro de eventos adversos, flujo de referencias y

contrarreferencias, mapa de riesgo en Salud Mental, libro hoja de reclamaciones de acuerdo a la normativa vigente y libro hoja de incidencias, matriz para la elaboración del análisis de la situación de la salud local, documentos asistenciales, carpetas de historia clínica y formato de historia clínica en documento.

Todos estos documentos representan las herramientas legales, estratégicas, tácticas u operativas como lineamientos, funciones y demás aspectos para orientar la implementación de diferentes acciones que se requieren para asegurar el funcionamiento, operatividad y gestión de estos centros de salud mental comunitarios, los cuales dispondrán de un plan operativo anual institucional como instrumento donde se establecen los planes, programas, proyectos, objetivos, metas y los recursos financieros a través de créditos presupuestarios vinculadas con la infraestructura, equipamiento, materiales, suministros y capital humano que demanda para que los servicios de atención a pacientes de estas enfermedades.

b. Políticas públicas.

Al hablar de ello nos referimos a las políticas desarrolladas para el bien común. En rigor al Estado de derecho bajo las condiciones de una República, las políticas públicas vienen a dictar las líneas generales sobre las cuales se administran los recursos del Estado, se implementan planes, programas, proyectos u obras y se ejecutan a través de recursos presupuestarios. Señalando que las políticas públicas pueden ser eficaces o no, correctas o no, y la contraloría o control es necesaria para el completo desenvolvimiento del desarrollo del presupuesto nacional en función de las

expectativas realizadas.

Las políticas públicas son un medio y no un fin. Una herramienta que tienen los gobernantes y administradores públicos para resolver los problemas prioritarios y, de esa manera, avanzar hacia la satisfacción de las necesidades y la consiguiente aceptación de la ciudadanía. En ese sentido, las políticas públicas suponen planificar primero y accionar después, sin embargo, recurrentemente se accionan sin planificar. Entonces, el reto no es planificar el futuro, sino planificar –u ordenar– el presente y, si fuera necesario, el pasado, siempre cuidando que la excepción no sea la regla. Asociación Civil de Estudios Populares y Konrad Adenauer Stiftung (2017).

Estas políticas públicas parten del respectivo diagnóstico y pronóstico que llevan a cabo las autoridades gubernamentales en determinado sector, a fines de situar los problemas asociados a ello, de esta forma, emplear diversas herramientas como el árbol de problemas y el árbol de objetivos, propios del marco lógico o la planificación estratégica, con miras a la elaboración de políticas públicas para mitigar los efectos del problema propiamente. En la figura 3 se despliega una interesante conceptualización en representación gráfica efectuada por dos investigadores venezolanos sobre las políticas públicas, que sitúan varios elementos como la gobernabilidad dentro del proceso.

En función a los planteamientos de los autores, le corresponde a las autoridades gubernamentales el desarrollo de planes, programas, proyectos u obras de infraestructuras, que utilizando herramientas de

planificación estratégica, táctica u operacional, son ejecutadas por la administración pública para atender las demandas y necesidades sociales, entonces el resultado de ello es bienestar común y gobernabilidad, es decir, el nivel de desempeño que tiene un gobierno para garantizar el bienestar de la población.



Figura 6. ¿Qué son políticas públicas?

Fuente: Copyright 2018 por Arévalo y Fuenmayor. Reimpreso con permiso.

A partir de los fines que persigue esta investigación orientada hacia el diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención de salud mental comunitario como una política pública en la región del Callao, a continuación, los autores han diseñado el proceso de gestión de las políticas públicas que se puede observar en la figura 4, donde se contempla la evaluación como uno de los componentes esenciales, es decir, medir lo planificado con lo efectivamente ejecutado.

Atendiendo a los señalamientos de la Asociación Civil de Estudios Populares y Konrad Adenauer Stiftung (2017)

sobre la evaluación como retroalimentación del proceso de políticas públicas, en detalle, se propone que los evaluadores sigan los cuatro pasos siguientes:

1. Recabar los efectos deseados según los planificadores que formularon la política en evaluación y los gobernantes que la decidieron;
2. Medir los efectos logrados según los destinatarios de dicha política y la sociedad en general;
3. Compararlos y detectar el impacto deficitario, equilibrado o superavitario, en términos de satisfacción social y aceptación ciudadana en consulta con expertos temáticos; y
4. Evaluar críticamente y formular recomendaciones mediante trabajos en equipos multidisciplinarios.

Proceso de Gestión de las Políticas Públicas



Figura 7. Proceso de gestión de las políticas públicas.

Fuente: Copyright 2018 por Arévalo y Fuenmayor. Reimpreso con permiso.

En el marco del proceso de diseño y gestión de las políticas públicas para la satisfacción de necesidades, el

bienestar común y la aceptación ciudadana en los que los gobiernos y la administración pública tienen la responsabilidad principal se encuentra la etapa de evaluación, la cual orienta los esfuerzos a medir y el impacto en términos endógeno y exógeno, que a lo interno de la institución se refiere a los indicadores relacionados con la eficacia (nivel de cumplimiento de la meta-objetivo, eficiencia (uso adecuado de los recursos: intelectuales, físicos, materiales, tecnológicos, financieros, entre otros, que se dispusieron para alcanzarla), efectividad (logro del resultado per se) y calidad en el accionar.

En lo concerniente a lo externo, se vincula con los indicadores de impacto estandarizados (deficitario o superavitario): necesidades insatisfechas, bienestar común, cambio del statu quo de una problemática (servicios de salud, desempleo, pobreza, mortalidad, matrícula, homicidios, etc.), aceptación de la ciudadanía, gobernabilidad y legitimidad de desempeño del gobierno objeto de valoración en función de la política foco de medición.

c. Ley de salud mental.

La ley de Salud Mental fue promulgada el 23 de marzo de 2019, en particular la reforma realizada por el Estado para el mejoramiento de las condiciones de salud mental en el país, en algunas de las principales iniciativas dentro del instrumento jurídico está la desaparición de los manicomios y el incentivo a la creación de los centros de salud mental.

Es de destacar que la Ley de Salud Mental es un

fenómeno que se impone a través del pulso de datos estadísticos y de las necesidades expresadas dentro de la sociedad a través de diagnósticos situacionales y cifras fiables sobre el comportamiento de este aspecto social, si no pues una necesidad de la sociedad que establece la condición comunitaria y la del sistema de salud en general.

En el artículo 2 párrafo segundo de la referida ley, menciona el objeto: La atención de la salud mental considera el modelo de atención comunitaria, así como el respeto ineludible a los derechos humanos y dignidad de la persona, sin discriminación, y el abordaje intercultural, que erradique la estigmatización de las personas con problemas en su salud mental. Ley de Salud Mental (2019).

Con este instrumento normativo se está fomentando la implementación de un proceso de atención que parta de la participación de todos los ciudadanos desde las comunidades, como copartícipes y destinatarios principales de las políticas públicas que les corresponde diseñar a las autoridades, se trata entonces de un proceso de articulación y coordinación entre muchos actores, iniciativa que aúpe la participación para garantizar una atención a pacientes con estos problemas que han encendido las alarmas en el país.

d. Promoción de salud mental.

En el discurso de Fernández et al. (2012), son estrategias eficaces para reducir la incidencia de los trastornos mentales, para conservar la salud y para contribuir al desarrollo social y económico. La promoción de la salud

mental tiene como objetivo la protección, el apoyo, el soporte emocional y el bienestar social, así como crear las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan el desarrollo psicofisiológico óptimo con el mayor respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal.

El tema de la promoción de la salud mental está orientado hacia la prevención de forma positiva para que el individuo disponga de un bienestar y comportamiento sano en la convivencia en sociedad, además comprende salvaguardar y defender los derechos humanos en el marco del bienestar común de los ciudadanos a través de unas condiciones favorables como un capital social importante para convivir de la mejor forma posible.

e. Equipo interdisciplinario.

Para Castanedo y González (2015) es el constituido por diferentes profesionales que trabajan en un área común de forma interdependiente e interactúan entre ellos de manera formal e informal, pueden valorar al enfermo por separado, pero intercambian la información de forma sistemática, comparten una metodología de trabajo y laboran juntos para conseguir unos objetivos conjuntos, colaborando entre ellos en la planificación y puesta en marcha de un plan de tratamiento y cuidados.

A partir de este equipo se van a crear grupos de alto desempeño en las distintas áreas de la salud, sociales, tecnología y ciencias administrativas para la intervención con altos estándares de calidad en todos los servicios que se desean y ofrecen a las comunidades, empleando además la sinergia, disciplina, planificación, organización,

seguimiento, control y evaluación sobre cada procedimiento que allí se produzca, apoyado en las bondades que ofrecen las nuevas tecnologías de la información y las comunicaciones.

f. Articulación intersectorial.

La articulación intersectorial para FLACSO (2015), consiste en la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.

En otras palabras, son actividades para desplegar las relaciones entre las diferentes instituciones que componen los distintos sectores que integran el Estado Nación, y que tienen un vínculo directo e indirecto en el ámbito de la salud, por ejemplo aquellos órganos de participación social, educación, infraestructura, tecnología, comunicaciones, e investigaciones, de tal forma que entre todos se promuevan el diseño de estrategias y acciones a partir de las políticas públicas sociales para disminuir las brechas de la problemática.

B. Enfermedades mentales.

Las enfermedades mentales son esa alteración a la que se somete el individuo en el ámbito cognitivo, emocional y conductual, que afectan directamente los esquemas mentales, funciones cerebrales, y naturalmente los procesos cognitivos como la memoria, el pensamiento, la atención, percepción, entre otros. Impactan sobre el comportamiento de los seres humanos desde niveles leves hasta en situación de crisis crónica estructural o coyuntural y dependerá de la intensidad del diagnóstico, por ello, es necesario de desarrollar planes,

programas, proyectos, acciones y actividades encaminadas a la atención de estas patologías y así contribuir a la reducción de las brechas sobre el incremento de casos.

Para la Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (FEAFES), la enfermedad mental se trata de una alteración de tipo emocional, cognitivo y/o del comportamiento en que quedan afectados procesos psicológicos básicos como son la emoción, la motivación, la cognición, la conciencia, la conducta, la percepción, el aprendizaje y el lenguaje, lo cual dificulta a la persona su adaptación al entorno cultural y social en el que vive y crea alguna forma de malestar subjetivo. Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental (2008).

En ese sentido, este tipo de trastornos de comportamiento psicológico, sociológico y conductual, impide la sana convivencia de los individuos como ciudadanos que convergen en la sociedad, lo que demanda de la intervención de las autoridades gubernamentales para mejorar las condiciones sobre las patologías que estos tengan y un previo diagnóstico situacional.

a. Prevención de trastornos mentales.

Atendiendo a los señalamientos de la OMS (2004), son intervenciones efectivas y opciones de políticas que se enfocan en la prevención primaria de los trastornos mentales, examina las intervenciones universales, selectivas e indicadas y propone estrategias efectivas para que los diseñadores de políticas, funcionarios del gobierno y médicos las puedan implementar en todos los países y regiones.

Este tipo de trastornos afecta sustancialmente no solo el pensamiento del individuo, sino también su personalidad, que puede ser observada a través de las interacciones e intercambios con otros sujetos, determinándose que las conductas no son las apropiadas dentro del contexto social, familiar, comunitario e inclusive íntimo.

Por consiguiente, se está en presencia de una condición con características particulares, son daños colaterales que han deteriorado el funcionamiento de la mente, los pensamientos y demás procesos cognoscitivos en el sujeto, de manera que se le dificulta la socialización en diversos ámbitos: familiar, laboral, educativo, comunitario, entre otros, por lo tanto, demanda que sea intervenido mediante servicios de salud apropiados para la atención de esta enfermedad.

Además, para la OMS (2004) las afecciones de salud mental se refieren a los problemas, síntomas y trastornos de salud mental, incluyendo la tendencia y la relación que mantiene con un padecimiento temporal o continuo. Las intervenciones preventivas funcionan enfocándose en la reducción de los factores de riesgo y aumentando los factores de protección relacionados con los problemas de salud mental.

En el mismo orden de ideas, esto constituye acciones orientadas a prevenir todas aquellas problemáticas que se producen en el seno del hogar, comunidades, centros educativos y demás ámbitos que puedan mutar hacia trastornos mentales que ponga en riesgo la salud de un individuo en términos físicos, psicológicos y sociológico.

b. Emergencia psiquiátrica.

Una emergencia o urgencia psiquiátrica, según De la Fuente y Heinze (2014), es una condición aguda o crónica que requiere intervención: intento de suicidio, abuso de sustancias, psicosis, conducta agresiva, crisis de angustia (ataques de pánico), trastorno de estrés agudo o trastorno de estrés postraumático. Para la atención de estos pacientes se requieren médicos psiquiatras, enfermeras, psicólogos y trabajadoras sociales.

Esta se trata de una condición mental severa que sitúa a un individuo en un alto riesgo por la vida, puede originarse por diferentes elementos donde las sustancias estupefacientes y demás drogas alteran principalmente el comportamiento psicológico de la mente, pudiendo perder el conocimiento y realizar actos en contra de la vida de él y de sus allegados en el entorno donde interactúa y convive.

c. Problemas psicosociales.

Lo que define el problema psicosocial, en palabras de Revilla (2007), es su etiología y la causalidad, esto es el estrés social, por lo tanto, son los acontecimientos vitales estresantes que surgen en las interacciones familiares o provienen del entorno social, los cuales originan síntomas individuales o generan alteraciones en la dinámica familiar; a partir de esta descripción, los problemas psicosociales que experimentan los seres humanos se asocian con afectaciones que estos tienen con los demás pares a través de la socialización como proceso de intercambio de ideas, pensamientos, apreciaciones y

posturas, alterando estos ámbitos a través de violencia, discusiones y conflictos sistemáticos que perturban a todos los miembros involucrados.

El Ministerio de Salud del Perú (2018) manifestó que la dimensión positiva de la salud mental se relaciona directamente con el bienestar emocional, la satisfacción por la vida, la capacidad empática o actitud pro social, el autocontrol, la autonomía para resolver problemas, el bienestar espiritual, las relaciones sociales el respeto por la cultura, la equidad, la justicia social y la dignidad personal.

Precisamente la autoridad nacional tiene suficientemente claro cuáles son los aspectos claves para que los ciudadanos dispongan de un bienestar y comportamiento mental sano, que las condiciones y niveles de vida les permitan desarrollarse en diversos ámbitos a partir de los procesos de socialización para la integración e intercambio con los demás pares.

Diversas investigaciones han encontrado que la salud mental positiva es un factor protector frente al estrés y las dificultades de la vida y reduce el riesgo de desarrollar problemas y enfermedades mentales, además de favorecer la recuperación de la salud ante todo tipo de daño físico o mental. Ministerio de Salud del Perú (2018).

Estos aspectos que ha señalado la cartera ministerial se vinculan con las variables que contribuyen al capital social y económico de las sociedades como, por ejemplo, la calidad de la gobernanza (normativas), la efectividad de las instituciones sociales y políticas (governabilidad), los

índices mayores de tolerancia a las diferencias (socialización), así como con la mayor participación política de las mujeres y los bajos niveles de corrupción (transparencia).

La problemática de la salud mental representa un fenómeno complejo y transcomplejo para todas las autoridades y demás actores de la sociedad que envuelve atender no solo componentes biológicos, psicológicos y sociales, sino también el espacio donde esta se desenvuelve para gestionar las demandas, allí juegan un papel claves familias; también depende del comportamiento del entorno, de las condiciones que este proporciona para que los ciudadanos puedan desarrollarse en todos los ámbitos y aspectos de la vida, por supuesto, con impulso e iniciativa propia.

Los problemas de salud mental comprenden a los problemas psicosociales, los trastornos mentales y del comportamiento. Los primeros se definen como alteraciones de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas y/o su ambiente, por ejemplo: la violencia, la desintegración familiar, la desintegración comunitaria y social, la discriminación, entre otros. Desde un enfoque sistémico, están interrelacionados en un sentido causal-circular con las enfermedades físicas, los trastornos mentales y los problemas macrosociales como la pobreza, las inequidades sociales de género, clase social, poder, la corrupción, las violaciones a los derechos humanos, la violencia política, el crimen, entre otras. Ministerio de Salud del Perú (2018).

Efectivamente, son estas alternaciones que se producen

en el individuo y que impactan en todas las estructuras y esquemas mentales, así como también en los procesos cognitivos, tales como la memoria, la atención, pensamiento, percepción, entre muchos otros. Esta situación hace que se generen otro tipo de problemáticas en el entorno donde actúa el individuo, en el familiar causa graves daños si no se atiende oportunamente, pudiendo llegar a ocasionar violencia a todo nivel.

Analizando los planteamientos del Ministerio de Salud del Perú (2018), los trastornos mentales son todas esas condiciones mórbidas que sobrevienen en un individuo, cuya característica principal es alterar diferentes componentes del sistema mental, los esquemas mentales que este dispone para estar en capacidad de razonar y comprender, afectando el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente.

La cartera ministerial manifiesta un conjunto de aspectos esenciales en que los trastornos mentales graves se caracterizan por su evolución prolongada, gravedad que repercute de manera importante en el pensamiento, emociones, comportamiento, duración superior a dos años, deterioro progresivo y marcado en el funcionamiento durante los últimos seis meses (abandono de roles sociales y riesgo de evolución prolongada) y su asociación con la discapacidad y dependencia psicosocial que altera sus relaciones familiares, laborales y sociales con la consecuente necesidad de cuidados y servicios de forma prolongada o reiterada. Ministerio de Salud del Perú (2018).

Por tanto, la afectación es, a todo el sistema, en términos integrales del ser humano, donde la capacidad, habilidades y destrezas se ven seriamente comprometidas, los esquemas mentales y procesos cognitivos empiezan a experimentar desórdenes y trastornos que comprometen el funcionamiento de todas las actividades como sujeto social.

Para ir contextualizando algunos datos suministrados por el Ministerio de Salud del Perú (2018), las tasas más altas de trastornos mentales se asocian con desventajas sociales, especialmente con bajos ingresos, producto de las actividades laborales, educación limitada, estado ocupacional y la tensión financiera, es decir, los aspectos socioeconómicos que envuelven al individuo cuando cohabita socialmente. Por supuesto que el Estado garantizará un conjunto de condiciones mínimas para que este cubra las necesidades y demandas, el resto de la faena le corresponde al individuo.

Por otro lado, afirma el Ministerio de Salud del Perú (2018) que son factores de protección importantes: tener confianza en las personas, sentirse seguro en la comunidad y tener reciprocidad social. En el Perú las enfermedades neuropsiquiátricas alcanzan al 17.5% del total de carga de enfermedad, ocupando el primer lugar y produciendo la pérdida de 1,010,594 años de vidas saludables; es decir, 33.5 años perdidos por cada mil habitantes.

2.3. Definición de Términos Básicos

- **Atención de la salud mental:** es el análisis y diagnóstico del estado de salud mental de una persona, también involucra el tratamiento, el

cuidado y las medidas de rehabilitación aplicadas a una enfermedad mental real o presunta. (Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, 1991).

- **Calidad:** consiste en aquellas características de producto que se basan en las necesidades del cliente y que por eso brindan satisfacción (Juran, 1988).
- **Determinantes de la salud:** son aquellos factores que mejoran o amenazan el estado de salud de un individuo o una comunidad. Pueden ser asuntos de opción individual o pueden estar relacionados con características sociales, económicas y ambientales que escapan al control de los individuos (Figuroa, 2013).
- **Enfermedad mental:** se refiere a las enfermedades mentales de características leves, presentes en la mayoría de los pacientes, sus síntomas no permiten diferenciarlas de forma clara y se presentan durante las etapas primarias de una enfermedad más fuerte (Organización Mundial de la Salud, 2004).
- **Esquizofrenia:** se caracteriza por una distorsión del pensamiento, las percepciones, las emociones, el lenguaje, la conciencia de sí mismo y la conducta. Algunas de las experiencias más frecuentes son las alucinaciones (oír voces o ver cosas inexistentes) y los delirios (creencias erróneas y persistentes) (Organización Mundial de la Salud, 2019).
- **Gestión pública:** proceso que implica el manejo de los diferentes procesos organizacionales para administrar las operaciones inherentes con el diseño y ejecución de las políticas públicas en un determinado territorio (Arévalo y Fuenmayor, 2018).
- **Médico:** es el profesional de la medicina que cuenta con los conocimientos y las destrezas necesarias para diagnosticar y resolver con tratamiento médico y con procedimientos sencillos la mayoría de los padecimientos que el ser humano sufre en su vida, desde niño hasta la vejez, con acciones frecuentemente realizadas en su consultorio o en la casa del enfermo (Paredes y Rivero, 2001).

- **Modelo de atención comunitaria:** es un modelo de atención de la salud mental centrada en la comunidad, que promueve la promoción y protección de la salud mental, así como la continuidad de cuidados de las personas, familias y colectividades con este tipo de problemas en cada territorio (Ministerio de Salud, 2017).
- **Paciente:** es la persona que recibe atención psiquiátrica, se refiere a toda persona que ingresa en una institución psiquiátrica (Comisión Interamericana de los Derechos Humanos, 1991).
- **Problemas de salud mental, comprendidos en:** Problema psicosocial, dificultad generada por la alteración de la estructura y dinámica de las relaciones entre las personas o su ambiente. Trastorno mental y de comportamiento, condición mórbida que sobreviene en una determinada persona, afectando en intensas variables el funcionamiento de la mente y del comportamiento, el organismo, la personalidad y la interacción social, en forma transitoria o permanente (Organización Mundial de la Salud, 2004).
- **Salud:** un estado de perfecto bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de enfermedad (Organización Mundial de la Salud, 2004).
- **Salud mental:** se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de los individuos y comunidades y permitirles alcanzar sus propios objetivos. Salud mental es materia de interés para todos, y no solo para aquellos afectados por un trastorno mental (Organización Mundial de la Salud, 2004).

Capítulo III

Hipótesis y Variables

3.1. Hipótesis

3.1.1. Hipótesis general.

La falta de diálogo deliberativo representa una barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao.

3.1.2. Hipótesis específicas.

- La ausencia de un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao impide que funcione adecuadamente
- Las acciones desde el diálogo deliberativo son necesarias para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.
- Un conjunto de lineamientos desde un enfoque interdisciplinario es necesario para mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.

3.2. Operacionalización de Variables

En el marco de materializar cada uno de los objetivos que se han planteado para esta investigación, a continuación, se muestran las variables (Tabla 2): diálogo deliberativo (independiente), dimensiones: mecanismo interactivo y evidencia científica; modelo de atención (dependiente), la dimensión: prevención, tratamiento y manejo, así como la variable, salud mental (interviniente), con las dos dimensiones: bienestar y enfermedades mentales.

Tabla 3

Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Técnica e Instrumento	Ítems
Diálogo Deliberativo (Independiente)	Proceso deliberativo que plantea una discusión estructurada, consistente y multidisciplinaria centrada en un resumen de evidencias para diseñar políticas públicas.	Mecanismo interactivo	- Participación multidisciplinaria		1
		Evidencia científica	- Principios basados en evidencia		2
Modelo de Atención (Dependiente)	Se refiere a la prevención, tratamiento y manejo de enfermedades y la preservación del bienestar físico y mental a través de los servicios ofrecidos por profesionales de la salud (clinic-cloud.com › blog › atención-al-paciente-definición)	Prevención, tratamiento y manejo	- Modelo de atención comunitario de Salud Mental (atención técnica, servicio)	Entrevista (Guión de Entrevista)	3
			- Seguridad, fiabilidad, trato (cambio de paradigma del sistema de salud mental)		4
			- Estadísticas sobre problemas de salud mental en el Perú		5
			- Reforma del sistema de salud mental en el Perú		6
			- Centro de rehabilitación psicosocial		7
			- Centro de Salud Mental Comunitaria.		8
			- Políticas públicas.		9
			- Ley de salud mental.		10
			- Promoción		11
			- Equipo		12
			- Articulación interdisciplinario.		13
			- Articulación intersectorial.		14
			- Prevención de trastornos mentales.		15
			- Emergencia		16

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Técnica e Instrumento	Ítems
			<ul style="list-style-type: none"> psiquiátrica. - Problemas psicosociales. 		

Fuente: Elaboración propia.

Capítulo IV

Metodología del Estudio

El estudio se aborda metodológicamente con un enfoque de investigación cualitativa propia de la corriente del paradigma interpretativo, que de acuerdo a los planteamientos de Figueroa y Jiménez (2012) “le interesa la interpretación del fenómeno, por ser interpretativo, holístico, naturalista, humanista, se sustenta en la credibilidad y transferibilidad, su validez es más interna que externa, opta por el método inductivo de los datos a la teoría” (p. 74).

Se trata de comprender e interpretar la realidad a partir de las informaciones proporcionadas por los informantes clave, en esta oportunidad son colaboradores de diferentes posiciones en los centros de salud, quienes tienen un cúmulo de experiencia cultivada a lo largo de la carrera profesional y laboral.

4.1. Método, Tipo o alcance de investigación

4.1.1. Método.

Para la materialización de los objetivos se emplearon dos métodos específicos en función al tipo de información que se gestiona, con la finalidad de otorgarle una cualidad de rigurosidad científica a las actividades de investigación. Esto fue esencial para la descripción, análisis e interpretación de las informaciones que se obtuvieron de la entrevista a profundidad.

Así pues, la ciencia tiene las vías más expeditas para lograr que se obtengan respuestas sobre un fenómeno, por ende, el método científico para Figueroa y Jiménez (ob. cit.), constituye el medio y estrategia fundamental para emprender la investigación científica, es decir, de una manera sistemática, ordenada y coherente, con el rigor que requiere. Puede considerarse que esta es la técnica o procedimiento más adecuado y más seguro para adentrarnos en el conocimiento de la realidad.

Este contribuyó a que todas las actividades que se lograron desarrollar en esta investigación se efectuasen con el orden, coherencia, consistencia y rigor acreditado para cumplir con las etapas, fases y todas las acciones que permitieron analizar la falta de diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao. Asimismo, este trabajo cualitativo, apoyado en un estudio de campo y nivel descriptivo utilizó una los métodos analítico e inductivo, que fueron claves para el logro de los objetivos.

- **El método analítico:** Con respecto a este método Figueroa y Jiménez (ob. cit.) revelan que es “empleado para determinar las condiciones de conocimientos en determinados acontecimientos por medio del análisis reflexivo. Consiste en aplicar a un hecho determinado la reflexión, para ver las condiciones de ese hecho como tal exige” (p. 131). Desde aquí los investigadores como sujetos cognoscentes realizaron un profundo proceso de reflexión que les permitió llevar a cabo un diagnóstico preliminar sobre la problemática en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitario como una política pública ante el interés general que esto demanda.
- **El método Inductivo:** Atendiendo a las ideas de Rodríguez y Pérez (2017) este método representa “una forma de razonamiento en la que se pasa del conocimiento de casos particulares a un conocimiento más general, que refleja lo que hay de común en los fenómenos individuales” (p. 10). Este método establece enunciados con cualidades universales ciertas que parten de la experiencia del sujeto observado, en esta oportunidad el comportamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitario como política pública, se llevó a cabo un trabajo de campo con nivel descriptivo, con la entrevista y la lista de cotejo como

observación, se estará en la capacidad de medir el impacto de este fenómeno para con el bienestar común de los ciudadanos y la calidad sobre los servicios que se ofrecen.

- **El Método Fenomenológico, apoyado en un proceso hermenéutico:** el método fenomenológico descrito por Martínez (2006), busca “prescindir de las teorías, conocimientos, hipótesis, intereses y tradición previos (del investigador o de otros investigadores), para mejor poder captar el verdadero y autentico mundo y realidad experimentados y vividos por los grupos en estudio...” (p.78).

La fenomenología como corriente del pensamiento filosófico de carácter idealista y subjetivo, cimentado en el estudio de las cosas, en la forma como se revelan en la conciencia del individuo en función de sus experiencias, facilitará la comprensión del conocimiento que se alcance, por tanto, fue revelado el fenómeno al recurrir al método fenomenológico apoyado en un proceso hermenéutico como ese arte de interpretar, que Dilthey (1900) lo precisa hacia “el proceso por medio del cual conocemos la vida psíquica con la ayuda de signos sensibles que son su manifestación” (p. 102).

Resulta, que con estos dos métodos fueron respetadas las informaciones brindadas por los informantes clave y se efectuó una interpretación hermenéutica sólida para desarrollar la elucidación de esa realidad en su contexto natural, es decir, en los centros de salud mental comunitaria en la región Callao, de esta forma, los investigadores, como sujetos cognoscentes, categorizaron y triangularon la información para comprenderla e interpretarla.

Con el propósito de dar mayor rigidez científica, se hizo uso de las

etapas de este método que a continuación se despliegan: etapa previa o clarificación de presupuestos (se asumieron con cuidado las acciones, valores, actitudes en relación al tema de estudio); etapa descriptiva: descripción protocolar del fenómeno; etapa estructural: resultados y entrevista (lectura general de cada protocolo; delimitación de las unidades temáticas naturales; determinación del tema central que domina cada unidad temática; expresión del tema central en lenguaje científico; integración de todos los temas centrales en una estructura particular descriptiva; integración de todas las estructuras particulares en una estructura general; entrevista final con los informantes); etapa de análisis y discusión de los resultados.

4.1.2. Tipo o alcance.

En función de los fines que persiguió este estudio, se situó en un diseño de investigación no experimental, de tipo campo con un nivel descriptivo. Para Hernández et al. (ob. cit.), es no experimental cuando aquellos “estudios que se realizan sin la manipulación deliberada de variables y en los que solo se observan los fenómenos en su ambiente natural para después analizarlos” (p. 149); además en este tipo de diseño se consideró el tiempo durante el proceso de recopilación de la información, que fueron obtenidos en un solo momento dispuesto dentro de los centros de salud en la región del Callao.

Asimismo, el tipo de investigación de campo la conceptualiza Arias (2012) como “aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados o de la realidad donde ocurren los hechos (datos primarios) sin manipular o controlar variable alguna...” (p. 31).

Desde la visión de Palella y Martins (2010), define la investigación de campo, como aquella que consiste en la recolección de datos directamente de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular

o controlar variables. Estudia fenómenos sociales en su ambiente natural. El investigador no manipula las variables debido a que esto hace perder el ambiente de naturalidad... (p.31).

En efecto, estos contienen un conjunto de características que orientaron a los investigadores para manejar las estrategias de forma eficaz, lo que les permitió intervenir oportunamente en el proceso empleando los instrumentos directamente in situ donde se producen los hechos.

El nivel es descriptivo, descrito por Arias (ob. cit.), como ese que “consiste en la caracterización de un hecho, fenómeno, individuo o grupo, con el fin de establecer su estructura o comportamiento” (p. 24). Del mismo modo, Palella y Martins (ob. cit.) se refieren al nivel descriptivo como aquel que interpreta realidades de hecho, incluye descripción, registro, análisis e interpretación de la naturaleza actual composición o procesos de los fenómenos. El nivel descriptivo hace énfasis sobre conclusiones dominantes o sobre cómo una persona, grupo o cosa se conduce o funciona en el presente (p. 92).

En otras palabras, se ubica en el conocimiento sobre situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción exacta de las actividades, funciones, objetos, procesos y personas dentro de un hecho social particular objeto de análisis, en este caso la implementación del modelo de atención de salud mental comunitario como política pública dentro de los centros de salud en la región del Callao, lo que permitió que se comprendiera, describiera, analizara e interpretara el fenómeno.

4.2. Perfil del informante clave

Para contextualizar en esta sección, cuando se desarrolla una investigación empleando las bondades del enfoque cualitativo, conviene puntualizar las ideas de Martínez (ob. cit.) quien manifestó que “la selección de la muestra

en un estudio cualitativo requiere que el investigador especifique con precisión cuál es la población relevante o fenómeno de investigación, usando criterios que puedan basarse en consideraciones teóricas o conceptuales, intereses personales, circunstancias, situaciones (...)” (p. 85)

A partir de las necesidades evidenciadas se optó por realizar un perfil especialista no solo en el área de salud mental, sino también en los recintos hospitalarios en los que se realizó el estudio. Se eligieron veinticinco (25) informantes claves, quienes tienen funciones gerenciales, administrativas u operativas dentro de cada institución, es decir, conocen sobre el proceso de implementación del modelo de atención de salud mental comunitario como una política pública relacionada con la salud.

Se tratan de unos actores sociales que son fuente de información primaria, debido a que suministraron sus propias vivencias y experiencias sobre el quehacer cotidiano diario como profesionales en el área de la salud, gestión pública, política y comunidades, son individuos con conocimientos especiales, estatus, buena capacidad de información, teniendo a los siguientes informantes claves, como se muestra en la Tabla 3.

Tabla 4

Informantes clave

Descripción	Cantidad
Congresista de la Región del Callao	1
Jefe del Centro de Salud Mental Ventanilla Baja	1
Comunitario Sarita Colonia	1
CSMC Mi Perú	1
Encargada del Servicio de Participación Social Comunitaria del Centro de Salud Comunitario la Perla	1
Gerente de Salud en la Municipalidad de Bella Vista	1
Gerente de Salud en la Municipalidad de Ventanilla	1
Subgerentes Municipales	2
Jorge Bazán, Percy Pérez, Lynch, Ferrer y Espinoza	5
Jefe del CSMC Carmen de la Legua	1
Profesionales de Psicología	6
Profesional de Psiquiatría	2
Total	23

Fuente: Elaboración propia.

4.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para materializar los objetivos se planteó como técnica para la recolección de datos la entrevista, mediante la utilización de un guión de entrevista (Tabla 4) lo que permitió tener información cualitativa sustancial de diferentes visiones y perspectivas sobre el fenómeno de estudio.

La entrevista es definida por Hernández et al. (ob. cit.) como aquellas donde “pueden hacerse preguntas sobre experiencias, opiniones, valores y creencias, emociones, sentimientos, hechos, historias de vida, percepciones, atribuciones, etcétera” (p. 407). En palabras de Arias (ob. cit.) es “más que un simple interrogatorio, es una técnica basada en un diálogo o conversación “cara a cara”, entre el entrevistador y el entrevistado acerca de un tema previamente determinado, de tal manera que el entrevistador pueda obtener la información requerida” (p. 73).

En efecto, son intencionalidades abiertas, flexibles, dinámicas y emergentes, en este caso sobre el diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención de salud mental comunitario como política pública en materia de salud mental en los centros de salud de la región del Callao, permitió obtener un conjunto de informaciones a partir de la experiencia que ha cultivado con un enfoque subjetivo e intersubjetivo de los informantes claves, propio de las corrientes interpretativas.

El instrumento fue el guion de entrevista, conceptualizado por Kvale (2011) como ese “que estructura el curso de la entrevista de manera más o menos ajustada. La guía puede simplemente contener algunos temas que deben cubrirse o constituir una secuencia detallada de preguntas cuidadosamente formuladas” (p. 85).

Se realizó una entrevista semiestructurada a profundidad de una forma dinámica, emergente, flexible y holística, este instrumentó constó de 16

preguntas abiertas, se permitió la libertad a los informantes clave de expresar ideas claras e inquietudes que pudiesen ser pertinentes a la investigación, siendo impresiones de vital importancia en desarrollo analítico del trabajo. Es importante resaltar que estas atravesaron un respectivo proceso de validación mediante el análisis de expertos.

Por ende, se procedió a plasmar toda la información aportada por el entrevistado. Las transcripciones de las grabaciones fueron realizadas por los investigadores, respetando las expresiones tal como se esgrimieron por los diferentes directores de los centros de salud, con la finalidad de pulsar la opinión con respeto a las variables y dimensiones que envuelve el estudio relacionado con el diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención de salud mental comunitario como una política pública.

Tabla 5

Instrumento de Recolección de la Información (Guión de Entrevista)

Indicadores	Preguntas
Participación multidisciplinaria	1) ¿Existe el diálogo deliberativo como mecanismo de participación multidisciplinaria para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en los centros dispuesto para tal fin?
Principios basados en evidencia	2) ¿Qué acciones son necesarias desde un diálogo deliberativo como herramienta que se desprende de principios basados en evidencia científica para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao?
Modelo de atención comunitario de Salud Mental (atención técnica, servicio)	3) ¿Cómo valoraría usted dentro del modelo de atención comunitario de salud mental, la atención técnica del servicio en la región del Callao hacia los pacientes que buscan la prevención, tratamiento y manejo de algún tipo de enfermedades mentales?
Seguridad, fiabilidad, trato (cambio de paradigma del sistema de salud mental)	4) ¿Observa en las condiciones del servicio, presencia de seguridad, fiabilidad y trato apropiado como parte del cambio de paradigma del sistema de salud mental para con los pacientes con estas patologías?
Estadísticas sobre problemas de salud mental en el Perú	5) ¿A su juicio, las estadísticas sobre los problemas de salud mental del INEI 2018, donde aproximadamente más de 8 millones de peruanos han tenido trastornos mentales una vez en su vida, se sitúa como una situación crítica que atender?
Reforma del sistema de salud mental en el Perú	6) ¿Desde su perspectiva, la reforma del sistema de salud mental en el Perú está promoviendo un cambio de paradigma y las transformaciones sobre la atención de los pacientes con este tipo de patologías, coméntenos?
Centro de rehabilitación psicosocial	7) ¿Están los centros de rehabilitación psicosocial,

Indicadores	Preguntas
Centro de Salud Mental Comunitaria.	contribuyendo como unidades técnicas de apoyo para pacientes con trastornos mentales discapacitados a la reducción de la brecha en la atención de esas enfermedades?
Políticas públicas.	8) ¿Considera que los Centro de Salud Mental Comunitaria están promoviendo el bienestar adecuado a los pacientes con estas patologías y cuáles son los factores que pudieran estar impidiendo el funcionamiento óptimo en la región Callao? 9) ¿Cómo describiría los resultados preliminares de los servicios de salud mental como política pública en lo que respecta a recursos financiero, infraestructura del centro de salud, se efectúa el mantenimiento a las instalaciones, está adecuado para atender a pacientes con este tipo de enfermedades?
Ley de salud mental	10) ¿En el marco de la Ley de salud mental, las comunidades pueden acceder a todos los servicios del centro de salud, cuenta con la dotación y equipamiento necesario para la atención a este tipo de pacientes o por el contrario han tenido dificultades?
Promoción de salud mental	11) ¿Se promueven o emplean programas de promoción de salud mental sobre los servicios dentro de los Centro de Salud Mental Comunitaria, existe articulación y coordinación con el plan de salud mental del país?
Equipo interdisciplinario	12) ¿Cree usted que, dentro de los servicios de salud mental, se puede lograr mayor bienestar a través de un equipo interdisciplinario para promover cambios favorables, coméntenos sus apreciaciones y percepciones?
Articulación intersectorial	13) ¿Hay presencia de articulación intersectorial (diálogo deliberativo) entre los diferentes niveles de gobierno en materia de salud mental, existe ausencia de un enfoque interdisciplinario para coordinar, articular y aunar esfuerzos?
Prevención de trastornos mentales	14) ¿Se han diseñado programas o proyectos conjuntos para la prevención de trastornos mentales (enfermedades mentales) en la región del Callao?
Emergencias psiquiátricas	15) ¿Existe un protocolo o lineamiento estandarizado de enfermedades mentales para atender las emergencias psiquiátricas?
Problemas psicosociales	16) ¿De qué forma se atienden en la región del Callao en el contexto de las enfermedades mentales, los problemas psicosociales?

Fuente: Elaboración Propia (2021)

4.4. Técnica de análisis de datos

En relación con las técnicas de análisis de datos se optó por un análisis descriptivo en el cual los distintos discursos son contrapuestos exponiendo las vertientes más relevantes que se observan en cada uno de los discursos, de allí se teoriza a partir de estas líneas fundamentales, con un enfoque hacia los cuatro ejes planteados con anterioridad: infraestructura y equipamiento, recursos humanos, gestión comunitaria o comunal y administración de la gestión pública.

Para fortalecer la fiabilidad de las ideas que se obtuvieron con la entrevista a profundidad, se emplearon para el análisis, atendiendo a los argumentos de Sandín (2003) las "... técnicas que permitirán obtener e interpretar la información, a partir de: categorización, triangulación y teorización" (p.187). En cuanto a la triangulación Martínez (ob. cit.) señala que "el investigador cualitativo, para facilitar el proceso de corroboración estructural, cuenta con dos técnicas muy valiosas: la triangulación, las grabaciones de audio, video, que le permitirán observar y analizar los hechos repetidas veces y con la colaboración de diferentes investigadores" (p. 290); asimismo, se hizo uso del programa de investigación cualitativa Atlas Ti para una mejor interpretación de datos.

Por tanto, como procedimiento metodológico, la codificación, categorización y triangulación de la información resultante de la entrevista a profundidad, se sometió a un proceso sistemático propio de la corriente del pensamiento fenomenológico apoyado en la hermenéutica como medio para alcanzar nuevo conocimiento sobre el diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención de salud mental comunitario como una política pública en la región del Callao.

Capítulo V

Resultados y Discusión

5.1. Resultados y Análisis

Para dar respuesta a los objetivos definidos en la investigación, a continuación se presentan los resultados logrados con la entrevista a profundidad que son esenciales para valorar el comportamiento de las variables diálogo deliberativo, modelo de atención y salud, las dimensiones e indicadores, a partir de las experiencias de los informantes claves como fuente acreditada de conocimiento, lo que permitirá promover acciones y lineamientos para mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitario en la región de Callao.

De los hallazgos logrados en las entrevistas a profundidad emergieron las categorías: tratamiento, prevención, mecanismo interactivo, manejo, evidencia científica, enfermedades mentales y bienestar mental, todas ellas asociadas con las variables de la investigación y que son analizadas con rigurosidad para dar respuestas a los objetivos e hipótesis definidas.

Dentro del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región, **el tratamiento** juega un papel preponderante para responder a las demandas y necesidades de los pacientes, así lo han esbozados en los discursos los informantes claves, que han sido capaces de expresar un conjunto de aspectos valorativos favorables y desfavorables sobre el funcionamiento en el Callao. Por una parte, afirmaron que no se evidencia presencia de criterios estandarizados, es decir, de los mismos protocolos, procesos y capacitación de los profesionales a quienes les corresponde esta tarea medular, lo que influye en los flujos de atención, exteriorizando problemas asociados con una saturación en las citas ya que tienen una periodicidad aproximadamente de cada dos meses para poder obtenerla. Por otro lado, dificultades en el manejo de los conocimientos por la existencia de pocos profesionales en el área de psiquiatría que estén preparados para gestionar los tratamientos y lo limitados que están en

disponer de medicamentos y fármacos para recetar a los usuarios, que por los escasos recursos no pueden adquirirlo, elemento que afecta al no poder contar con un tratamiento oportuno.

Adicionalmente, señalan que como especialistas en el área de salud mental deben centrarse en fomentar tratamientos efectivos, eficaces y que representen cambios en el statu quo del paciente, que sean capaz de superar las barreras que lo están afectando, de allí que el tratamiento represente un aspecto esencial dentro del modelo de atención de salud mental comunitaria, efectuando un seguimiento y control exhaustivo a cada usuario, que eviten recaídas innecesarias, que el equipo de colaboradores emplee los recursos a disposición de la mejor manera posible para obtener cambios favorables en el corto, mediano y largo plazo.

Si bien es cierto que algunos informantes sostienen que existe una atención buena a los pacientes dentro de la región, también agregan que hay problemas sustanciales relativos con la saturación de los centros de salud, dificultándose obtener una cita programada, lo que se convierte en un obstáculo y barrera continua, aspecto que no contribuye a dinamizar los servicios propiamente y genera que el sistema colapse y tenga constantemente que reiniciarse, es un círculo vicioso que impacta negativamente.

Otro aspecto relevante que considerar son las estrategias que están empleando quienes gestionan todos los recursos y capacidades organizativas dentro de los centros de salud mental comunitarios, mostrando deficiencias sistemáticas que, al no ser reconducidas, originan problemas estructurales y coyunturales sobre los resultados en los servicios de atención a los pacientes.

Añaden que se está en un proceso de divulgación para el conocimiento de los ciudadanos sobre el modelo y los servicios que se prestan en los CSMC, efectuándose a través de acciones hacia la sensibilización en las

comunidades para que conozcan los tipos de servicios, tratamientos psiquiátricos, programas de prevención que allí se emplean y demás actividades que se ejecutan con un enfoque esencialmente integral, donde la inclusión social es el común denominador para atender oportunamente estas patologías que afectan al individuo y a su entorno familiar.

Por su parte, en la categoría **prevención** en el marco de la atención de enfermedades de salud mental, se requiere un cambio de paradigma en el equipo de colaboradores de la salud que superen el viejo modelo, es decir, aquel que establece que las personas que acuden a un centro de salud es porque “están enfermas”. Ese enfoque centrado en la enfermedad predispone a que la atención priorice el “abordaje o intentos de curación”, dejando en segundo plano la prevención y la promoción, que también se aplica para la atención en salud mental.

Asimismo, se observa una prevención con cualidades de atención parcial, pues existen algunos servicios de salud mental que trabajan de forma aislada y no como una red interconectada, haciendo que se disipen los esfuerzos, recursos y capacidades organizativas del sistema de salud pública, lo que conlleva a la duplicidad y solapamiento de funciones, haciendo que la prevención se vea afectada.

Un factor que está dificultado sustancialmente la prevención de las enfermedades mentales dentro del modelo de atención en la región del Callao es la ausencia unísona, desde los discursos de los informantes de la inexistencia, ausencia, difusión y no visualización de programas o proyectos dirigidos hacia la prevención de este tipo de patologías, lo que forma parte clave del diseño y desarrollo de las políticas públicas, allí están las acciones, objetivos, estrategias y actividades que se deben seguir para que los servicios logren resultados satisfactorios, lo que se constituye como una barrera y obstáculo para que la implementación sea exitosa.

Algunos informantes han manifestado que, si bien es cierto que existen

programas que se desprenden de los Centros de Rehabilitación Profesional (CERP) del seguro social en las Oficinas Municipales de Atención a las Personas con Discapacidad (OMAPEDs), pero de programas o proyectos estructurados de salud mental no hay evidencia en la región, debería ser un instrumento de planificación esencial, pero no se cuentan con ello o no se han diseñado para tal fin. Lo que hacen los especialistas en el área es trabajar de forma aislada y empírica para gestionar la prevención de estas enfermedades, lo que sitúa al modelo con obstáculos y barreras. Faltan más acciones contundentes por quienes tienen la tarea de coordinar estos centros de salud mental.

En la categoría emergente de **mecanismo interactivo**, señalaron los expertos en el área de salud mental que se tienen informaciones encontradas sobre el diálogo deliberativo como un enfoque de participación interdisciplinaria y multidisciplinaria que se recogen en tres grandes bloques, en aquellos que afirman de la inexistencia de este mecanismo, otros que se están empleando de forma muy básica, incipiente y limitada, y finalmente quienes añaden que se están produciendo en la región.

El primer grupo de informantes sostiene que este mecanismo interactivo de diálogo no se está promoviendo ni difundiendo, no se aborda como se tiene que realizar en un tema tan sensible como la salud mental, no hay énfasis en este tipo de enfermedades por más que existan las políticas públicas que han dado apertura a estos centros, se requiere difusión para que las comunidades comprendan los servicios esenciales que prestan, para que los ciudadanos comenten, entiendan esta problemática y difundan de forma positiva la salud mental dentro del entorno donde converge para derribar el concepto erróneo de lo que significan estos centros de salud por parte de muchas personas.

En ese sentido, más allá de los avances significativos logrados hasta el momento con el modelo de atención, hoy en día es muy importante fortalecer las estrategias orientadas a velar por la salud mental de la

población en general, aunque es loable la labor que viene realizando el Ministerio de Salud, descentralizando la atención especializada en salud mental en el país, todavía existe una brecha por atender.

Por lo tanto, no ha existido un diálogo deliberativo para la formulación del modelo de atención mental comunitaria, es evidente que la propuesta no ha sido plenamente abordada desde la planificación, enfoque interdisciplinario y multidisciplinario, son aspectos que se adolecen. Habitualmente se hacen lanzamientos de programas sin antes realizar un análisis pormenorizado de la propuesta en sí, lo que hace que se esté en una dinámica de ensayo-error o aprender errando, ello disipa los esfuerzos, recursos y capacidades estatales.

Algunas veces el tema de salud mental lo sitúan como un área aislada dentro del sector de salud, no le otorgan la relevancia de participación multidisciplinaria e interdisciplinaria entre las diferentes autoridades, profesionales, especialistas y los centros de atención, para que propicien las mejoras sustanciales en los servicios de atención integral en los pacientes con estas enfermedades psiquiátricas.

Más allá de que se trabaje de manera coordinada y articulada con las regiones y municipalidades, estas dependencias no contribuyen y/o influyen en la toma de decisiones de carácter multidisciplinario e interdisciplinario, en virtud que no son consultadas, que solo son adoptadas por gestores, aspectos que representan debilidades en la gestión de las funciones inherentes a los servicios de salud mental comunitaria, lo que demuestra la ausencia de un enfoque interdisciplinario.

Un segundo grupo de informantes ha opinado que el diálogo deliberativo como mecanismo interactivo existe de una manera básica, limitada e incipiente, se coordina con las instituciones regionales y municipales, pero las autoridades habitualmente hacen a un lado a todos los involucrados en el sector salud para gestionar las políticas públicas, lo que demuestra el

poco interés por el área de salud mental, así como tampoco disponen de los conocimientos sobre la reforma de la salud mental a escala general, las reuniones no llegan a acuerdos puntuales y sobre todo a la ejecución de tareas esenciales.

Un tercer grupo ha sostenido que, si bien es cierto que en años anteriores no se le otorgaba importancia a la salud mental, creen que ahora se están abriendo las puertas a los proyectos que abarcan el área emocional de las personas, no hay una apertura total, pero si se está dando poco a poco avances significativos, dando pasos tímidos para el uso del diálogo deliberativo como mecanismo interactivo para gestionar todos los programas y proyectos en materia de salud mental comunitaria con diferentes actores intervinientes en las zonas adyacentes de la región, donde se está promoviendo la articulación y participación de todos los miembros de las comunidades con el apoyo de mesas técnicas, con las orientaciones del equipo de profesionales y expertos en la materia, para dar a conocer los servicios que ofrece este nuevo modelo emergente.

Esto se puede notar mediante un conjunto de reuniones semanales que se van generando a través de mecanismos virtuales, donde se homologan, se consensan, uniformizan criterios de intervención en salud mental con la intencionalidad de mejorar todos los beneficios para los pacientes. Conviene señalar que algunas veces las acciones y objetivos que se han acordado no llegan a concretarse, para que este se produzca es fundamental que la política pública abarque todas las problemáticas y que exista constatación retroalimentación, pues esto debe funcionar como un sistema interconectado, interdisciplinario y multidisciplinario.

En todo caso, estas situaciones que dejaron ver los informantes a través de las posiciones intersubjetivas que han cultivado mediante la experiencia sobre el funcionamiento del modelo de salud mental comunitario en la región Callao, refieren un conjunto de factores positivos y negativos, en los primeros se dan señales que el diálogo deliberativo puede contribuir de

forma sustancial a mejorar los niveles de desempeño, productividad y competitividad de los servicios que prestan las autoridades a nivel regional y local; mientras que en el segundo, las debilidades y dificultades se circunscribe sobre la gestión en las diferentes instancias para asumir decisiones en conjunto que dinamicen los tiempos de respuestas, la divulgación e incorporación activa de las comunidades.

En ese mismo orden, se tiene la **categoría manejo** dentro del modelo de atención que está referido a la gestión de los recursos y capacidades que disponen los centros de salud para que se apliquen los programas de atención sobre los tratamiento y prevención de estas enfermedades, donde quienes tienen las responsabilidades de la conducción y coordinación de estos recursos presupuestarios y financieros no cuentan con las competencias técnicas adecuadas para que el modelo se gestione con eficacia, eficiencia y efectividad.

Esto demanda conocimientos para que la política pública como una gran iniciativa sea ejecutada con éxito en la praxis, requiriendo del manejo técnico de los recursos y operativos para el funcionamiento de los centros; necesitándose una mejora del proceso de manejo del presupuesto y calidad de gasto sobre los muchos programas presupuestales en el Callao que actualmente no están siendo utilizados apropiadamente con respecto al destinado de la erogación, donde se ha visto un incremento económico sustancial para salud, y en específico salud mental, pero las infraestructuras son limitadas y es un área que se debe trabajar.

En lo concerniente a la **categoría evidencia científica**, que se desprende del diálogo deliberativo como un mecanismo que coadyuvan con las políticas públicas en materia de salud, para disponer de evidencia científica es necesario contar dentro del modelo de intervención con una mayor cantidad de profesionales de salud mental para llegar a cubrir al 100% de la población, que se produzca además, mediante una comunicación intersectorial con las autoridades nacionales, regionales y locales, líderes

comunales, madres de familias, empresarios, jóvenes y demás actores sociales para mejorar la respuesta en la atención de los servicios, la cual se ve afectada por muchos factores, entre los cuales resalta falta de programas de investigación.

En la región Callao existen diferentes culturas a pesar de lo cercano que están las comunidades, cada zona o barrio tiene algo diferente, los contextos son variados, por ello el profesional de medicina no solo tiene que poseer conocimientos científicos, sino también conocimiento cultural sobre las realidades y costumbres que tienen, para de esa forma obtener información y datos relevantes que se traduzcan en evidencia científica para la planificación y ejecución de políticas públicas en materia de salud mental, esto puede lograrse en la medida que se incorpore con mayor fuerza a los centros universitarios a través de los programas de formación, investigación y extensión, pues este modelo de salud mental no solo abraza el campo científico, sino el social, donde la repercusión de los resultados influencia en la sociedad como un todo, y no se pueden hacer diversos estudios sin la estructura de investigación científica acreditadas por las universidades.

Una de las debilidades existentes para disponer de evidencia científica, desde las narraciones de los informantes es que, como país aún no se ha aprendido la lección de complementar y sustentar el desarrollo de las funciones de la gestión pública en la ciencia, para que, desde allí, se promuevan cambios y transformaciones notables en el sistema de salud mental y en la sociedad.

Las debilidades presentes en la implementación del modelo requieren de mayor participación y trabajo de parte de los profesionales que hacen investigación en el campo de la salud mental, que dentro de las comunidades no se están aplicando ante un conjunto de limitantes por los recursos, haciendo que no se disponga de evidencia científica.

De allí que es importante que el diálogo deliberativo plantee estudios dentro

de la región Callao para comprobar si los procedimientos médicos y psicológicos tienen resultados satisfactorios en la población; hay que fomentar el uso de mesas de diálogo orientadas a crecer científicamente, no se tienen desarrollados los tratamientos que están basados en la evidencia científica y suponen que cada profesional hace lo mejor desde la experiencia y conocimientos cultivados.

Asimismo, han manifestado que los principios basados en evidencia en el Perú, son muy complicados de establecer, ya que no existe apoyo mediante recursos económicos y no se está generando la planificación y ejecución de investigaciones que se acuerden en mesas técnicas nacionales, regionales o locales, desde el diálogo deliberativo no se han puesto sobre la agenda el desarrollo de prácticas basadas en evidencia como un mecanismo acreditado por la comunidad académica y científica para documentar y lograr cambios sustanciales en el sistema de salud pública y particularmente en el ámbito de la salud mental.

En definitiva, la evidencia científica dentro de los contextos de los centros de salud comunitario demandan de trabajo multidisciplinario e interdisciplinario el campo de la salud mental, más allá de los que algunos consideran que se avanza sobre este instrumento que se ve reflejado mediante jornadas de atenciones, talleres, capacitaciones e información que corresponde al servicio de atención, es fundamente disponer de mayores apoyos con recursos y capacidades para que los especialistas del área puedan financiar las investigaciones que proporcionen los datos e informaciones para mejorar las políticas gubernamentales, siempre teniendo como norte el bienestar común y satisfacción de las necesidades de los pacientes con problemas de trastornos mentales.

En cuanto a la **categoría enfermedades mentales**, dentro del modelo de salud mental comunitario implementado en la región Callao, algunos informantes consideran que existen debilidades y dificultades que se derivan de la falta de recursos económicos y de capital humano especializado en el

área de psiquiatría destinado a atender las diferentes patologías en este ámbito. De acuerdo a datos de plasmados por la Defensoría del Pueblo del Perú (2018), la región Callao cuenta con 12 psiquiatras, limitando el accionar del equipo de colaboradores en diferentes posiciones, que además no se está trabajando con base a evidencias científicas, programas de tratamiento y prevención, lo que naturalmente impacta en una adecuada atención en los usuarios con distintas enfermedades psiquiátricas.

Otros manifiestan que sí se están promoviendo servicios para atender las enfermedades mentales de forma efectiva, pero señalan que puede estar viéndose afectado por no estar en óptimo funcionamiento la infraestructura que es necesaria para la gran demanda, esto por la evidente saturación existente en los centros de salud mental para gestionar citas, y lo limitado de especialistas para cubrir las demandas. Este sistema requiere mucho más apoyo de las autoridades nacionales y regionales en los términos presupuestarios y logísticos, en este último, hace falta mayor dotación, equipamiento de materiales, insumos, tecnología para que aumente la cobertura de los servicios a los pacientes. Esto denota un trabajo de forma desarticulada, duplicidad de esfuerzos y recursos ante la poca disposición de la articulación intersectorial a todo nivel y ausencia de un enfoque interdisciplinario.

Como este modelo en implementación es de data reciente, se está en proceso de aprendizaje sistemático, estos CSMC están promoviendo el bienestar entre los usuarios y los familiares en un tiempo inicial, pero se deben fortalecer ante el déficit actual los diferentes componentes para que sean capaces de atender en dos horarios. Hay pocos servicios de emergencia psiquiátricas, no se abordan los problemas psicosociales especializados, se requiere equipamiento adecuado, mantenimiento y refaccionamiento de las infraestructuras, un sistema integrado de información (data) y plataformas virtuales para dinamizar mucho más esta política pública en términos de gestión de citas.

Desde que se implementaron los CSMC, las personas con enfermedades mentales se han visto más atendidas, lo que ha permitido el descongestionamiento de hospitales y/o institutos especializados, consiguiendo alguna parte de los usuarios atención rápida y cercana a los domicilios, pero esto no es el común denominador, queda mucho trabajo conjunto por hacer para cambiar las realidades existentes que reflejan las estadísticas.

Sin lugar a dudas, todas estas situaciones que se han situado como barreras, obstáculos, dificultades y debilidades en la implementación del modelo de salud mental comunitario en la región Callao impactan directamente en la **categoría bienestar mental** de los pacientes que acuden a estos establecimientos para acceder a los servicios de diagnósticos pronósticos, tratamiento, manejo y prevención de cualquier tipo de trastornos mentales, problemas psicológicos, sociológicos y psiquiátricos que alteran la conducta de un individuo.

Estas personas acuden a los centros de salud pública mental, a recibir un servicio con altos estándares de calidad que dé respuestas acertadas, oportunas y efectivas a los problemas que les están afectando como individuos en términos conductuales, procesos cognitivos y esquemas mentales, e indirectamente en la familia como parte del núcleo donde este converge, de allí que el enfoque de este tipo de modelo sea integro e integral.

Las estadísticas que ofreció el INEI y el Ministerio de Salud 2018 revelaron que aproximadamente más de 8 millones de peruanos han tenido problemas severos de trastornos mentales una vez en su vida, han encendido las alarmas en la sociedad, develando la existencia de una ola de ansiedad y depresión donde las personas no han sido capaces de manejar la ira de las emociones por diversos factores que impactan en la inestabilidad de los esquemas mentales, requiriendo atención oportuna e inmediata por parte de las autoridades ante estas cifras que ubican el problema en una dimensión

muy crítica.

Naturalmente, el cambio de paradigma que se produjo en el país como consecuencia de la reforma en el sistema de salud mental con el advenimiento de la descentralización de los servicios de salud mental, con un enfoque comunitario, y que se encuentra en una fase en proceso, está empleando prácticas modernas para atender los pacientes psiquiátricos que antes utilizaban una camisa de fuerza o el electroshock, ya eso es tiempo pasado, ahora el tratamiento es ambulatorio con proyección para que se efectúe la reinserción en la comunidad.

5.2. Discusión de Resultados

En función de los resultados logrados vinculados con la ***categoría tratamiento*** , donde el modelo de atención de salud mental comunitaria está atravesando serias dificultades para cubrir la demanda de los pacientes con estas patologías, aspecto que está en consonancia con declaraciones recientes de la Defensoría del Pueblo del Perú (2019), institución que forma parte de la estructura del Estado Nación, ha revelado que una de cada tres personas en el Perú desarrolla algún problema de salud mental en su vida. Sin embargo, solo el 20% recibe tratamiento (...) advierte que el 80% de la población que presenta algún problema de salud mental no recibe tratamiento. (p. 6).

De tal manera que, si se proyectan las últimas estadísticas emanadas del INEI y Ministerio de Salud (2018), donde 8,669,497 de personas en todo el país aproximadamente han sido diagnóstica con un problema de trastorno mental, entonces, quiere decir que 6,935,597 de personas son las que no recibieron o reciben tratamiento, situación crítica y alarmante, que naturalmente se fundamenta también en la insuficiencia de recursos presupuestarios destinados al sector de la salud mental, más allá de los aumentos experimentados en la asignación presupuestaria, siguen siendo deficitarios.

Queda claro que más allá de las acciones favorables en el incremento de la

infraestructura de los CSMC que se edificaron a partir del año 2012, 2015, 2016, 2017 y 2018, que suman a la fecha, 103 establecimientos de salud mental en todo el territorio nacional, constituyéndose como capital físico, deben tener una mayor inversión social, es decir, dotación de insumos y medicamentos para cubrir el exceso de demanda insatisfecha con respecto a los tratamientos, que para (Galés-Camus, 2018) “la pronta identificación de los trastornos mentales graves permite instaurar un tratamiento más eficaz y completo. Además, la mejora de la nutrición, el mayor acceso a la educación, el cuidado de la calidad del ambiente y la vivienda (...)”.

Asimismo, en la **categoría de prevención** que está estrechamente relacionada con los tratamientos para este tipo de personas diagnósticas con algún problema o trastorno mental, se tiene que no se está cumpliendo, presenta brechas y debilidades significativas en la región, que generalmente se debe a la inexistencia de un programa o proyecto donde se establezca la política pública, que contenga los objetivos, metas, recursos, acciones y demás estrategias para garantizar el cumplimiento de los servicios de salud mental en la región.

Sin embargo, cada especialista en el centro donde se encuentre aplica o emplea lo que más puede desde la praxis en el quehacer cotidiano, lo que está alineado con las demandas del informe de la Defensoría del Pueblo (2019) quienes aseguran que hace “falta un Plan Nacional Multisectorial de Salud Mental Comunitario que delimite la estrategia nacional de implementación del modelo de atención comunitario de salud mental” (p. 8). Se trata de un documento de planificación que proporcione los lineamientos generales sobre el abordaje de los problemas de salud mental desde un enfoque esencialmente comunitario, como una herramienta de estandarización y protocolos uniformes para evitar disipar los esfuerzos y capacidades organizativas de los CSMC, y de esa manera efectuar, luego de transcurrir un periodo perentorio, la valoración sobre el comportamiento de la política pública, para así ir superando las cifras desfavorables que la Defensoría del Pueblo como entre del Estado Nacional ha esbozado para

visibilizar la realidad problemática que está transitando la implementación del modelo de salud mental, y desde allí tomar las acciones y lineamientos que sean necesarios para superar el statu quo.

El ***mecanismo interactivo como categoría*** emergente que se desprende del diálogo deliberativo para gestionar y atender la política pública de salud mental en la región Callao ha generado posiciones disímiles entre los informantes consultados, quienes dan muestra de la ausencia de este instrumento para la implementación del modelo, hay poca disposición, hincapié y limitaciones sobre el empleo de esta metodología que ha sido acreditada por la comunidad académica y científica.

El diálogo deliberativo está focalizado en el bienestar común de la salud mental del paciente en relación a un aspecto esencialmente clínico definido, y bajo ningún concepto se circunscribe hacia posiciones individuales y particulares de los profesionales de algún otro gremio profesional de la salud (Carmona, Bonilla, Huamán, Reyes, Hijar y Caballero, 2017).

En ese orden, en la ***categoría manejo***, vinculada con la gestión de recursos y capacidades en el modelo de atención que se materializa a través de los CSMC en la región Callao, se están presentando dificultades que se atribuyen a dos factores, por un lado el déficit presupuestario de los recursos que se le asignan, son insuficientes para atender la demanda de pacientes que requieren este tipo de servicios, y no solo está situado en la dotación de medicamentos, sino que se trata del mantenimiento de la infraestructura, equipamiento de muebles, inmuebles, equipos tecnológicos, servicios de acceso a redes de conectividad, disponer de los profesionales para que se mantenga activo el servicio propiamente.

Por otro lado, existen debilidades en las competencias administrativas, técnicas y gerenciales en quienes tienen la responsabilidad del manejo y gestión de los recursos, lo que se puede superar mediante programas de formación. Otro aspecto que no contribuye a mejorar la implementación del

modelo es el poco destino de recursos que se aprueban, así lo ha señalado la Defensoría del Pueblo del Perú (2019) donde el “presupuesto para la implementación de servicios de salud mental, representa el 0.1% del presupuesto nacional y el 1% del presupuesto del sector salud” (p. 16), lo que limita el accionar y dificulta la toma de decisiones, priorizando unas áreas y las otras pueden quedar desentendidas.

Para fundamentar esta situación, de acuerdo a los resultados de la gestión del Gobierno Regional del Callao, a través de la Dirección Regional de Salud (2019), el nivel de ejecución presupuestaria del programa orientado hacia el control y prevención en salud mental tuvo un cumplimiento de la meta física de 74%, y en términos financieros de 42% para el primer trimestre del año. Requiere inyección de recursos adicionales para atender el semestre faltante vía modificación presupuestaria, lo que evidencia déficit de los recursos para atender la prevalencia de los trastornos de salud mental de la población con mayor vulnerabilidad social y alto riesgo, orientados a prevenir y brindar tratamiento a las personas con este tipo de patologías.

Otro componente que requiere atención inmediata es la generación de **evidencia científica** como categoría para el fortalecimiento de la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región, que los tratamientos, prevención y manejo de los problemas y enfermedades mentales estén basados en los principios de evidencia científica que proporciona la ciencia como mecanismo acreditado para desarrollar políticas públicas en el campo de la salud para ir reduciendo la gran brecha existente que ha demostrado las estadísticas del INEI, el Ministerio de Salud, la Defensoría del Pueblo y el Gobierno de la Región del Callao.

Las evidencias pueden responder a cada pregunta existente dentro del funcionamiento de los CSMC, lo que permite evaluar la calidad de la evidencia científica como un método empleado para los estudios que incluye la valoración de posibles sesgos, inconsistencias, imprecisiones o

direccionalidad de los hallazgos y el resumen de los resultados de los servicios que se prestan a los pacientes (Carmona, Bonilla, Huamán, Reyes, Hajar y Caballero, 2017).

Estas evidencias científicas se constituyen como datos e informaciones que se derivan de actividades de investigación que lleva a cabo el equipo interdisciplinario y multidisciplinario dentro del campo de la salud mental, a los efectos de promover recomendaciones que mejoren el accionar en los programas y proyectos para atender a los pacientes con estas patologías, modificando el statu quo.

Para finalizar, al existir todas estas dificultades, debilidades y brechas en el funcionamiento del modelo de salud mental en la región Callao, las **categorias enfermedades mentales** y **bienestar mental** se ven impactadas, en tanto y cuando, el informe de la Defensoría del Pueblo del Perú (2019) alerta sobre los servicios, unidades de hospitalización de salud mental y adicciones donde existe una “brecha: 50 hospitales deben implementar Unidades de hospitalización de salud mental y adicciones. Falta implementar en 13 regiones: Amazonas, Ancash, Cajamarca, Callao, Cusco, Huánuco, Ica, Lambayeque, Pasco, Piura, San Martín, Tumbes y Ucayali” (p. 9).

Evidentemente, todas estas barreras, limitaciones, debilidades y dificultades por las cuales está atravesando la implementación del modelo dentro de los CSMC de la región Callao, no permite que se cubra la demanda de pacientes en los servicios dispuestos para tal fin, al tiempo que existe una saturación en estos establecimientos, lo que naturalmente no garantiza niveles óptimos en la gobernabilidad del modelo, como el desempeño que tienen las autoridades para satisfacer las necesidades y el bienestar común de estas personas que sufren un tipo de trastorno o problema mental.

5.3. Validación de las hipótesis

Se comprueba la hipótesis general de esta investigación a partir de los resultados proporcionados por los informantes claves, que han revelado dificultades, debilidades y ausencia parcial de este mecanismo interactivo para atender de forma coordinada, articulada, sectorial e intersectorial los problemas de salud mental, lo que permite afirmar que la falta de diálogo deliberativo representa una barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao, que está alineado con el informe presentado por la Defensoría del Pueblo del Perú (2018) quienes señalaron en el contexto del modelo que “la realidad, sin embargo, evidencia barreras que no permiten consolidar el modelo comunitario en la atención de la salud mental. Entre otras, la coexistencia de un modelo intramural, con internamientos de larga estancia que vulneran derechos fundamentales (...)” (p. 12).

Se comprueba la hipótesis específica número uno, donde la ausencia de un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao impide que funcione adecuadamente. Esto se refleja en la poca disposición por el empleo de un mecanismo interactivo como el diálogo deliberativo entre los diferentes niveles territoriales de gobiernos, actores intersectoriales, que más allá que coordinen y articulen esfuerzos, la toma de decisiones no son concertadas ni conjuntas a partir de un trabajo colaborativo que promueva los principios de la evidencia científica, para la Defensoría del Pueblo del Perú (2018) “esta situación es contradictoria al carácter comunitario que propone el nuevo enfoque de atención en salud mental a partir del cual se busca que el abordaje de la atención sea interdisciplinario, integral, participativo, descentralizado e intersectorial” (p. 51).

Del análisis, interpretación y discusión de los resultados, y como aporte significativo de esta investigación, en la Tabla 5, se presenta la validación de la hipótesis número dos, es decir, un conjunto de acciones necesarias desde el diálogo deliberativo para optimizar el funcionamiento en la implementación

del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao, que comprenden acciones, objetivos, estrategias e indicadores que permitan superar las brechas, debilidades, barreras, limitaciones y dificultades por los cuales está atravesando este modelo de atención, a los efectos de reconducir los esfuerzos para superar las desviaciones que hubiera lugar sobre diversos ámbitos: coordinación intersectorial, interdisciplinaria, investigación para evidencias científica, divulgación de información sobre el funcionamiento del modelo, manejo y gestión de los recursos presupuestarios para las inversiones que son fundamentales y la incorporación activa de los centros universitarios como actores claves para el desarrollo de estudios calificados y acreditados por la comunidad académica y científica que sirvan de insumos para mejorar el accionar en el campo de la salud mental en el país.

Finalmente, a los efectos de comprobar la hipótesis específica número tres, se presenta a continuación un conjunto de lineamientos desde un enfoque interdisciplinario necesarios para mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.

1. Institucionalizar una filosofía de gestión colaborativa con un enfoque interdisciplinario entre los diferentes actores, sectores y demás integrantes inmersos en el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitario en la región Callao como una herramienta emergente, abierta, flexible, dinámica, integradora, dialéctica, cualitativa, cuantitativa, basada en los principios de la evidencia científica, que contribuya a la construcción de realidades interconectadas como el tema del tratamiento, prevención y manejo de las enfermedades mentales.
2. Incorporar a las comunidades organizadas en todas las actividades administrativas u operativas que se realizan dentro del modelo de atención de salud comunitaria, que permita fomentar la integración y el compromiso de todos los miembros, a los efectos de sumar esfuerzos, recursos y esencialmente como destinatarios principales y coparticipes de las políticas públicas en materia de salud mental.

3. Crear mesas técnicas a nivel de los CSMC, municipal y regional integrada por equipos de trabajo de alto desempeño interdisciplinario y multidisciplinario para diseñar planes, programas y proyectos relacionados con el tratamientos, prevención y manejo de las enfermedades mentales, que sean validados a través de mecanismos que proporciona las bondades del método científico, que sirvan de insumos para mejorar las políticas y acciones públicas.
4. Las mesas técnicas pueden constituirse como los espacios esenciales para articular esfuerzo y lazos en el desarrollo de trabajo de investigación científica, apoyadas en los centros universitarios para acreditarlos, y que sean divulgados mediante diferentes mecanismos especializados (revistas científicas, publicaciones, congresos, jornadas e inclusive foros de sensibilización y concientización en las comunidades).
5. Fomentar la construcción de una base de datos para estadísticas sobre: la cantidad de atención de pacientes con enfermedades mentales, nivel de satisfacción de los servicios, recursos asignados a los CSMC, equipamiento, cantidad de profesionales en el centro, infraestructura, dotación, insumos, medicamentos y demás aspectos para disponer de datos confiables que mejoren el desempeño y productividad en la implementación del modelo.
6. Promover un portal web multidisciplinario e interdisciplinario en el ámbito de la salud mental, como un espacio de información, publicación y divulgación de investigaciones en proceso, terminadas, colaborativas, estadísticas y demás noticias sobre los avances y dificultades en la implementación del modelo, como una herramienta de acceso rápido para masificar información.
7. Diseñar indicadores de gestión físicos y financieros para medir el comportamiento en el manejo de los recursos que se destinan hacia los programas, proyectos u obras enmarcadas en los CSMC, a los fines de llevar un control y seguimiento exhaustivo para asegurar la transparencia y acceso a la información de las políticas públicas en

salud mental, como parte de la gobernanza para la gobernabilidad.

Tabla 6

Acciones desde el diálogo deliberativo para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao

Acciones	Objetivo	Estrategia	Indicador
Crear, ampliar y fortalecer la articulación intersectorial e interdisciplinaria entre los niveles de gobierno como parte del diálogo deliberativo para gestionar los recursos y capacidades disponibles	Optimizar los servicios de atención para pacientes con enfermedades mentales en el marco del modelo de atención de salud mental comunitario	Crear puentes entre las autoridades para mejorar la gestión del modelo de implementación de salud mental comunitario	Cantidad, calidad de reuniones y cumplimiento de acuerdos
Masificar la información y divulgación sobre el modelo de atención de salud mental	Romper el viejo esquema de funcionamiento en salud mental	Emplear diferentes instrumentos de divulgación digital y presencial	Nivel de conocimiento
Crear grupos interdisciplinario de alto desempeño en el área de salud mental para gestionar la implementación del modelo	Diseñar programas o proyectos para la prevención de trastornos mentales, orientado a garantizar el uso de un instrumento para ejecutar la política pública	Aplicar la matriz de marco lógica para priorizar los problemas existentes en el área de salud mental comunitaria	Programa Proyecto
Garantizar las inversiones para el equipamiento y mantenimiento de las infraestructuras e insumos (medicamentos) para los tratamientos de salud mental	Efectuar control y seguimiento de los recursos presupuestarios destinados a las inversiones de capital físico, materiales e insumos	Implementar indicadores de gestión físicos y financieros para mejorar el control de las inversiones en los CSMC	Eficiencia: (costo de la meta ejecutada/costo de la meta programada) Nivel de ejecución presupuestaria
Crear alianzas estratégicas con las universidades especializadas en campo de la salud para trabajar articuladamente en la captación de evidencias científicas sobre los problemas mentales	Incorporar a los profesionales del sector de salud mental en las líneas de investigación estén cursando programas o no, para incentivar la investigación científica que fomente nuevos conocimientos sobre las dimensiones de la salud mental	Participar en jornadas, congresos, foros, talles, cursos, publicaciones de artículos científicos colegiados y colaborativos para dinamizar los principios basados en evidencia científica	Número de investigaciones y artículos acreditados y publicados (divulgación científica en salud mental)
Efectuar un estudio comparativo riguroso para elaborar un plan estándar sobre el funcionamiento de un CSMC, que demuestre la cantidad de recursos presupuestarios ideal por cada unidad	Solicitar mayores niveles de recursos presupuestarios y financieros que se acuerdan en los diferentes presupuestos públicos nacionales y subnacionales para cubrir todo el funcionamiento	Realizar un trabajo mancomunado intersectorial y territorial para que el estudio que se presente a los distintos niveles de gobierno sea estándar y cónsono para buscar mayor aprobación de recursos	Asignación de créditos presupuestarios para los CSMC
Fomentar el compromiso de las	Coadyuvar con las autoridades de	Desarrollar propuestas e iniciativas	Propuestas e iniciativas

Acciones	Objetivo	Estrategia	Indicador
autoridades para el diseño y ejecución de políticas públicas a través del diálogo deliberativo como un mecanismo apropiado	gobierno como responsables principales de las políticas públicas para fortalecer el compromiso institucional por mejorar la implementación del modelo	desde los equipos interdisciplinario y multidisciplinario de los CSMC, para mejorar los ejes de acción del modelo	

Fuente: Elaboración propia.

Conclusiones

1. Se analizó la falta de diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao; la cual está afectando el funcionamiento óptimo de este modelo, que requiere aunar mayores esfuerzos para superar el statu quo sobre un sinnúmero de debilidades y problemas que dificultan ofrecer un servicio con altos estándares de calidad en la región.
2. Se conoció la situación actual sobre el diálogo deliberativo para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria, evidenciándose que no se está promoviendo, difundiendo esta herramienta, es limitado y básico en cuanto a la disposición de los diferentes actores involucrados en la gestión de las políticas públicas por aplicar este mecanismo interactivo que coadyuva a la coordinación y articulación sobre los problemas referidos con los trastornos y enfermedades mentales que padecen las personas, más allá que trabajen de manera coordinada y articulada, no se presenta ese diálogo.
3. Se efectuó una descripción de la base conceptual sobre la que se sustenta el diálogo deliberativo y el modelo de atención en salud mental comunitaria, que se desarrolló en función de las variables, dimensiones e indicadores de la operacionalización, referentes teóricos que fundamentan los resultados alcanzados en la investigación.
4. Se identificaron los factores que impiden el funcionamiento adecuado sobre la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao, entre los cuáles se mencionan: saturación de los centro de salud, con respecto a las dificultades para programar citas por parte de los pacientes; que tienen que esperar dos meses aproximadamente; se requiere mayor asignación de recursos presupuestarios; falta mucho más personal

especializado en el área para atender la demanda; optimizar el manejo y gestión de los recursos disponibles; mejorar la coordinación y articular de esfuerzos intersectoriales e interinstitucionales a los efectos de participar en la toma de decisiones; mayor dotación de insumos y medicamentos para cubrir la demanda de tratamientos; mantenimiento de la infraestructura; equipamiento tecnológico para dinamizar la asignación de citas, entre otros.

5. Se determinó que la ausencia de un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao, impide que funcione apropiadamente; al evidenciar que no hay presencia de esfuerzos conjuntos entre los diferentes profesiones y técnicos del área médica, que articulen los esfuerzos con los psiquiatras, psicólogos, sociólogos, enfermeras y demás personal operativo y administrativo inmerso en los servicios de atención no sólo de los centros, sino además de las relaciones interinstitucionales, intersectoriales y entre niveles de gobierno (nacional, regional y municipal), que permitan llevar a reuniones todas las dificultades, debilidades y problemas que están afectando la implementación *per se*.
6. Se establecieron siete acciones desde el diálogo deliberativo para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao, a partir de los resultados que arrojó este estudio cualitativo, con el propósito de fortalecer la articulación intersectorial, interinstitucional, interdisciplinaria y multidisciplinaria entre los niveles de gobierno; masificar la información y divulgación sobre el modelo; crear grupos interdisciplinarios; garantizar las inversiones para la dotación de los CSMC; crear alianzas estratégicas con las universidades para desarrollar investigaciones en el campo que proporcionen evidencias científicas, entre otras.
7. Se definieron un conjunto de lineamientos desde un enfoque interdisciplinario para mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao, como parte del compromiso de

los investigadores como sujetos cognoscentes para contribuir a la mejora y fortalecimiento sustancial de este modelo con cualidad comunitaria para asegurar el acceso y cobertura de quienes padecen algún tipo de trastornos y enfermedades mentales.

8. Se comprueba la hipótesis general, una vez evidenciado en los resultados dificultades, debilidades y ausencia parcial del diálogo deliberativo como mecanismo interactivo para atender de forma coordinada, articulada, sectorial e intersectorial los problemas de salud mental, lo que permite afirmar que la falta de diálogo deliberativo representa una barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao.
9. Se comprueba la hipótesis específica uno, donde la ausencia de un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao, está impidiendo que este funcione adecuadamente; reflejado por la poca disposición en el empleo de un mecanismo interactivo como el diálogo deliberativo entre los diferentes niveles territoriales de gobiernos, actores intersectoriales e interinstitucionales para tomar decisiones concertadas con trabajo colaborativo, que promueva los principios de la evidencia científica.
10. Se comprueba la hipótesis número dos, donde se presentan un conjunto de acciones desde el diálogo deliberativo necesarias para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao, que comprenden acciones, objetivos, estrategias e indicadores que permitan superar las brechas, debilidades, barreras, limitaciones y dificultades por los cuales está atravesando este modelo de atención, a los efectos de reconducir los esfuerzos para superar las desviaciones que hubiera lugar sobre diversos ámbitos.
11. Se comprueba la hipótesis específica número tres, al presentar un conjunto de lineamientos desde un enfoque interdisciplinario necesarios para mejorar

el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.

Recomendaciones

1. Promover una filosofía de gestión pública en el campo de la salud mental edificada a partir del diálogo deliberativo como ese mecanismo que incorpora evidencia científica sobre la problemática de trastornos y enfermedades mentales, a través de una participación integral, intersectorial, interdisciplinaria y multidisciplinaria de los diferentes actores, miembros y demás integrantes de los CSMC, gobierno regional, municipales y comunidades, lo que contribuirá a tomar mejores decisiones.
2. Más allá de coordinar y articular acciones de trabajo sobre el funcionamiento de los CSMC, se debe profundizar aún más en los recursos y capacidades organizativas para atender la demanda sobre las dimensiones del problema de trastornos y enfermedades mentales, ante la saturación de los servicios de atención y otras dificultades que requieren de la concertación, acuerdos comunes y sobre todo de evidencia científica e investigación, puede ser apropiada obtenerla mediante el diálogo deliberativo.
3. Se recomienda tomar en cuenta la información plasmada en la Tabla 5 como un aporte a través de ese conjunto de acciones establecidas desde el diálogo deliberativo necesarias para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.
4. Diseñar un programa o proyecto que describa toda la política pública para el tratamiento, prevención y manejo de las enfermedades de salud que se articule con los lineamientos emanados del Ministerio de Salud a través del Plan de Fortalecimiento de Servicios de Salud Mental Comunitaria 2018-2021; que contemple definir objetivos, metas, recursos e indicadores que permitan valorar el comportamiento de las acciones realizadas dentro de los CSMC y de esa forma conocer el desempeño y productividad de los

servicios.

5. Emplear el uso de los lineamientos que se desarrollaron en esta investigación como una contribución significativa desde un enfoque interdisciplinario, necesario para mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.

6. En la medida de las posibilidades ir adoptando un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao, que se complemente con el enfoque comunitario que asumieron las autoridades para abordar la problemática de las enfermedades mentales, a los efectos de diseñar estrategias conjuntas orientadas a reducir las brechas existentes actuales en el problema propiamente.

Referencias Bibliográficas

- Acosta, A; Oelke, N y Lima, M. (2017). Consideraciones teóricas del diálogo deliberativo: contribuciones para la práctica, la política y la investigación en enfermería. *Texto & Contexto, Enfermagem*, vol. 26, N° 4.
- Acuña, C. & Acuña, C. (2018). Gestión de potencial humano y su desempeño laboral del área de Administración de la Dirección Regional del Gobierno Regional Madre de Dios 2018. (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/33440?locale-attribute=en>
- Arévalo, D & Fuenmayor R. (2018). Políticas públicas: fortaleciendo el desarrollo integral en el sistema democrático. Recuperado de: https://framconsultores.webnode.com.ve/_files/200000070-46465473e8/Pol%C3%ADticas%20P%C3%ABlicas.pdf
- Arias, F. (2012). *Cómo se elabora el Proceso de Investigación*. Caracas: BL Ediciones.
- Asociación Civil de Estudios Populares y Konrad Adenauer Stiftung (2017). Qué son políticas públicas: accionar lo planificado o planificar lo accionado. Módulo I, tema 1. Diplomado Virtual de Políticas Públicas para el Desarrollo Democrático de América Latina, pp. 1-15.
- Asociación Civil de Estudios Populares y Konrad Adenauer Stiftung (2017). Cómo gestionar y evaluar las políticas públicas: continuar lo bueno a pesar del autor. Módulo IV, tema 12. Diplomado Virtual de Políticas Públicas para el Desarrollo Democrático de América Latina, pp. 1-16.
- Baldeon, J. (2019). *Reforma de salud mental del Perú 2019*. Lima, Perú.
- Buchanan, A y O'Neill, M. (2001). Inclusion and diversity: Finding common ground for organizational action. A Deliberative Dialogue Guide. *Canadian Council for International Co-operation*. 1 Nicholas Street, Suite 300, Ottawa, Ontario K1N 7B7.
- Carmona, G; Bonilla, C; Huamán, K; Reyes, N; Hajar, G y Caballero, P. (2017). Utilidad de los diálogos deliberativos para la formulación de

- recomendaciones de guías de práctica clínica. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, vol. 34, N° 4.
- Castanedo, J y González, A. (2015). ¿Es necesaria la interdisciplinariedad en la atención gerontológica en el nivel primario? *Publicación Periódica de Gerontología y Geriatría*, volumen 10, N° 2, pp.1-9.
- Comisión Interamericana de los Derechos Humanos. (1991). Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. Organización de Estados Americanos (OEA). Recuperado de: <https://www.cidh.oas.org/PRIVADAS/principiosproteccionmental.htm>
- Confederación Española de Agrupaciones de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. (2008). *Salud mental y medios de comunicación: guía de estilo*. Editores FEALES. Galicia, España.
- Congreso de la República del Perú. (2019). Ley de Salud Mental Perú. Recuperado de: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-30947-1772004-1/>
- Defensoría del Pueblo. (2019). Balance nacional de la política de salud mental: avances y retos. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/10/PPT-Balance-salud-mental-9-de-octubre.pdf>
- Defensoría del Pueblo. (2018). El derecho a la salud mental supervisión de la implementación de la política pública de atención comunitaria y el camino a la desinstitucionalización. Recuperado de: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2018/12/Informe-Defensorial-N%C2%BA-180-Derecho-a-la-Salud-Mental-con-RD.pdf>
- De la Fuente, R y Heinze, G (2014). *Salud Mental y Medicina Psicológica*. Ed. Mc Graw Hill: México
- Dilthey, W. (1900). *The rise of hermeneutics*. En: Connerton, P. (ed), *Criticalsociology*, Penguin, Nueva York. 1976.
- Dirección Regional de Salud del Gobierno Regional del Callao. (2019). Audiencia regional 2019 –DIRESA Callao. Recuperado de: <http://prototipo.regionCallao.gob.pe/contenidos/contenidosGRC/filesContenido/file68407.pdf>
- Etienne, C. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. Editorial. *Revista Panamericana de Salud Pública*, N° 42, pp.1-2.

- Fernández, B. (2019). Tipos de personalidad relacionada con clima laboral en el personal de los Centros de Salud Mental Comunitarios de la Provincia de Trujillo. (Tesis de maestría). Universidad César Vallejo, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/38468>
- Fernández, M et al. (2012). Prevención de los trastornos de la salud mental. *Atención Primaria*, 44, suplemento 1, pp.52-56.
- Figuroa, R. (2013). El derecho a la salud. *Estudios constitucionales*, volumen 11, N° 2, pp.1-24.
- Figuroa, G. y Jiménez, J. (2012). Epistemología e Investigación: Para Investigar con éxito. (1era. ed.). Maracaibo: Editorial Moral y Luces.
- FLACSO. (2015). Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales.
- Galés Camus, C. (2018). Es posible prevenir los trastornos mentales y promover la salud mental, según los últimos datos publicados por la OMS. *Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de: <https://www.who.int/mediacentre/news/new/nw1/es/>
- Gil, W. (2017). Influencia de la familia en el tratamiento de pacientes con esquizofrenia bajo el modelo de salud mental comunitario, del Centro de Salud Mental Comunitario Alto Libertad, Cerro Colorado Arequipa – 2017. (Tesis de pregrado). Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa, Perú. Recuperado de: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/5394>
- González, J et al. (2016). Análisis de la efectividad de los Centros de Rehabilitación Psicosocial. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, vol. 36, N° 129, pp.
- González, R. (2018). Diseño de un centro de salud mental comunitario para la atención y rehabilitación psicosocial de mujeres violentadas en Tacna – 2018. (Tesis de pregrado). Universidad Privada de Tacna. Recuperado de: repositorio.upt.edu.pe
- Hernández, Fernández y Baptista. (2010). Metodología de la Investigación. México: McGraw Hill. Sexta Edición.
- Herrera, P y Unda, S. (2019). Plan estratégico del hospital naval de Guayaquil. (Tesis de maestría). Escuela Superior Politécnica del Litoral, Guayaquil,

- Ecuador. Recuperada de:
<http://www.dspace.espol.edu.ec/xmlui/bitstream/handle/123456789/47508/D-P14081.pdf?sequence=-1&isAllowed=y>
- Juran, J. (1988). Manual de Control de Calidad. ° Ed. McGraw Hill.
- Kvale, S. (2011). Las Entrevistas en Investigación Cualitativa. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Martínez, M. (2006). Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Editorial Trillas.
- Ministerio de Salud del Perú. (2018). Plan nacional de fortalecimiento de servicio comunitaria (2018-2021). Documento técnico. Recuperado de:
https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/187753/187244_Resolucion_Ministerial_N_356-2018-MINSA.PDF20180823-24725-6cijsc.PDF
- Ministerio de Salud del Perú. (2017). Normas técnicas de salud: Centro de salud mental comunitario 2017. Documento técnico de la Organización Panamericana de la Salud. Lima, Perú.
- Norberto, R. (2017). Estudio de la demanda de atención en un equipo de salud mental. (Tesis doctoral). Universidad de Extremadura, España. Recuperado de:
http://dehesa.unex.es/bitstream/handle/10662/6182/TDUEX_2017_Norberto_Gamero.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Luna, A. (2019). Centro de salud mental comunitario. (Tesis de pregrado). Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas. Recuperado de:
<https://repositorioacademico.upc.edu.pe/handle/10757/625551>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). Depresión. Recuperado de:
<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Invertir en salud mental. Recuperado de:
https://www.who.int/mental_health/advocacy/en/spanish_final.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Recuperado de:
https://www.who.int/mental_health/evidence/Prevention_of_mental_disorders_spanish_version.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2002). Informe sobre la Salud en el Mundo 2002, Ginebra.
- Organización Mundial de la Salud. (2001). Informe sobre la Salud en el Mundo

2001, Ginebra.

- Organización Panamericana de la Salud. (2018). La PAHO y la OMS piden que se incremente la inversión en salud mental. Recuperado de: http://www.infocop.es/view_article.asp?id=8005&cat=44
- Ortiz, Z. (2015). Diálogos deliberativos: una metodología para la toma de decisiones en políticas públicas. *UNICEF*. Recuperado de: https://es.slideshare.net/unicefargentina/dilogos-deliberativos-una-metodologia-para-la-toma-de-decisiones-en-polticas-pblicas?from_action=save
- Pagnamento, L. (2017). La construcción social de políticas públicas en salud: la participación comunitaria asociada a la Atención Primaria de la Salud desde la perspectiva de los agentes de salud. Análisis de caso (CAPS municipio de La Plata 2008-2015). (Tesis doctoral). Universidad Nacional de La Plata. Recuperado de: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/65654>
- Parella, S y Martins, F. (2010). Metodología de la Investigación Cuantitativa. Editorial Fedeupel. Caracas.
- Paredes, R y Rivero, O. (2001). El papel de la medicina general en el sistema nacional de salud. Recuperado de: <http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/DRTANIPARmayo25.pdf>
- Piñero, M. y Rivera M. (2012). Investigación Cualitativa. Orientaciones Procedimentales. (1era.ed.). Barquisimeto: UPEL-IPB.
- Revilla, L. (2007). Problemas psicosociales: factores causales. Manifestaciones clínicas y familiares. Recuperado de <https://www.sciencedirect.com/sdfe/pdf/download/eid/1-s2.0-S1134207207740239/first-page-pdf>
- Rodríguez, A y Pérez, J. (2017). Métodos Científicos de Indagación y Construcción de Conocimientos. Revista Escuela de Administración de Negocios.
- Sánchez, L. (2017). Violencia de usuarios hacia los profesionales de Salud Mental. (Tesis pregrado). Universidad de Murcia, España. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1vfqqHgYwsrw1mq95SATerDxUmLNprJzw/view>
- Sandín, P. (2003). Investigación Cualitativa en Educación. España. McGraw-Hill.
- Sepúlveda, R. (2013). Modelos de atención en salud mental. Recuperado de: <https://es.slideshare.net/rafaelsepulveda/clase-de-modelo-de-atencion-en>

salud-mental

Torres, R. (2015). Análisis y propuestas de mejora al diseño del modelo del servicio de cuidado diurno del Programa Nacional Cuna Más de Perú. (Tesis de maestría). Universidad de Chile, Santiago de Chile. Recuperado de: <http://repositorio.uchile.cl/bitstream/handle/2250/137788/Analisis-y-propuestas-de-mejora-al-diseno-del-modelo-del-servicio-de-cuidado-diurno-del-Programa-Nacional-Cuna.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Anexos

Anexo 1: Matriz de Consistencia

Problema General	Objetivo General	Hipótesis General	Diseño y Tipo de Investigación	Población y Muestra
¿Cómo la falta de diálogo deliberativo representa una barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao?	Analizar la falta de diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao.	La falta de diálogo deliberativo representa una barrera para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao.	Naturaleza: Cualitativa Tipo: De Campo Nivel: Descriptiva	Seis Directivos de Centros Hospitalarios (Muestra censal)
Problemas Específicos	Objetivos Específicos	Hipótesis Específicas		
¿Cuál es la situación actual sobre el diálogo deliberativo para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria?	Conocer la situación actual sobre el diálogo deliberativo para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria.	La ausencia de un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao, impide que funcione adecuadamente	Técnicas e Instrumentos	
¿Cuál es la base conceptual sobre la que se sustenta el diálogo deliberativo y el modelo de atención en salud mental comunitaria?	Describir la base conceptual sobre la que se sustenta el diálogo deliberativo y el modelo de atención en salud mental comunitaria.	Las acciones desde el diálogo deliberativo son necesarias para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.	Entrevista / Guión de Entrevista	
¿Qué factores impiden el funcionamiento adecuado sobre la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao?	Identificar los factores que impiden el funcionamiento adecuado sobre la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao.		Análisis/ Documentos electrónicos e impresos	
¿Cómo la ausencia de un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao, impide que funcione apropiadamente?	Determinar si la ausencia de un enfoque interdisciplinario en la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en la región Callao, impide que funcione apropiadamente.	Un conjunto de lineamientos desde un enfoque interdisciplinario es necesario para mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.		

<p>¿Qué acciones son necesarias desde un diálogo deliberativo para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao?</p> <p>¿Cómo un enfoque interdisciplinario coadyuvaría a mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao?</p>	<p>Establecer acciones desde el diálogo deliberativo para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.</p> <p>Definir un conjunto de lineamientos desde un enfoque interdisciplinario para mejorar el funcionamiento del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao.</p>			
--	--	--	--	--

Anexo 2: Instrumento de Recolección de Datos (Entrevista)



ESCUELA DE POSTGRADO
MAESTRÍA EN GERENCIA PÚBLICA

GUIÓN DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

Le solicito esta ocasión para conversar con usted, en relación a lo que acordamos sobre la necesidad que tenemos de realizar algunas entrevistas, con la intención de recoger información esencial para el desarrollo de nuestra investigación de maestría, la cual hemos titulado: ***Falta de diálogo deliberativo como barrera para la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la Región Callao.*** Y sobre ese ámbito compartiremos impresiones, tomando en consideración que a medida que evolucione la entrevista efectuaré algunas preguntas sobre la temática, que estén cónsonas con las variables, dimensiones e indicadores planteados.

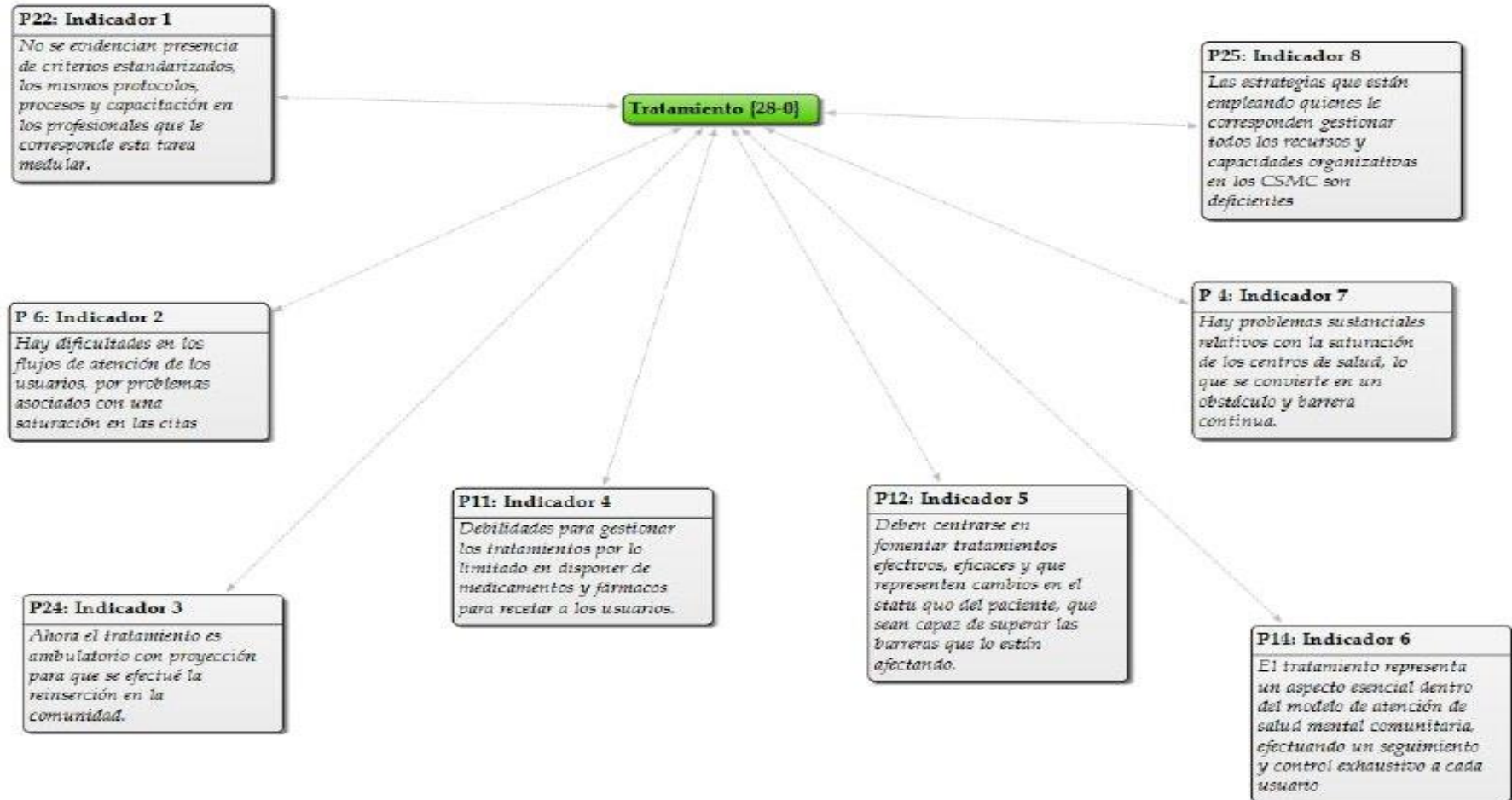
1. ¿Existe el diálogo deliberativo como mecanismo de **participación multidisciplinaria** para la implementación del modelo de atención en salud mental comunitaria en los centros dispuesto para tal fin?
2. ¿Qué acciones son necesarias desde un diálogo deliberativo como herramienta que se desprende de **principios basados en evidencia** científica para optimizar el funcionamiento en la implementación del modelo de atención de salud mental comunitaria en la región Callao?
3. ¿Cómo valoraría usted dentro del modelo de atención comunitario de salud mental, la **atención técnica del servicio** en la región del Callao hacia los pacientes que buscan la prevención, tratamiento y manejo de algún tipo de enfermedades mentales?

4. ¿Observa en las condiciones del servicio, presencia de **seguridad, fiabilidad y trato** apropiado como parte del cambio de paradigma del sistema de salud mental para con los pacientes con estas patologías?
5. ¿A su juicio, las **estadísticas sobre los problemas de salud mental** del INEI 2018, donde aproximadamente más de 8 millones de peruanos han tenido trastornos mentales una vez en su vida, se sitúa como una situación crítica que atender?
6. ¿Desde su perspectiva, **la reforma del sistema de salud mental en el Perú** está promoviendo un cambio de paradigma y las transformaciones sobre la atención de los pacientes con este tipo de patologías, coméntenos?
7. ¿Están los **centros de rehabilitación psicosocial**, contribuyendo como unidades técnicas de apoyo para pacientes con trastornos mentales discapacitados a la reducción de la brecha en la atención de esas enfermedades?
8. ¿Considera que los **Centro de Salud Mental Comunitaria** están promoviendo el bienestar adecuado a los pacientes con estas patologías y cuáles son los factores que pudieran estar impidiendo el funcionamiento óptimo en la región Callao?
9. ¿Cómo describiría los resultados preliminares de los servicios de salud mental como **política pública** en lo que respecta a recursos financiero, infraestructura del centro de salud, se efectúa el mantenimiento a las instalaciones, está adecuado para atender a pacientes con este tipo de enfermedades?
10. ¿En el marco de la **Ley de salud mental**, las comunidades pueden acceder a todos los servicios del centro de salud, cuenta con la dotación y equipamiento necesario para la atención a este tipo de pacientes o por el contrario han tenido dificultades?
11. ¿Se promueven o emplean programas de **promoción de salud mental** sobre los servicios dentro de los Centro de Salud Mental Comunitaria, existe articulación y coordinación con el plan de salud mental del país?
12. ¿Cree usted que, dentro de los servicios de salud mental, se puede lograr mayor bienestar a través de un **equipo interdisciplinario** para promover cambios favorables, coméntenos sus apreciaciones y percepciones?

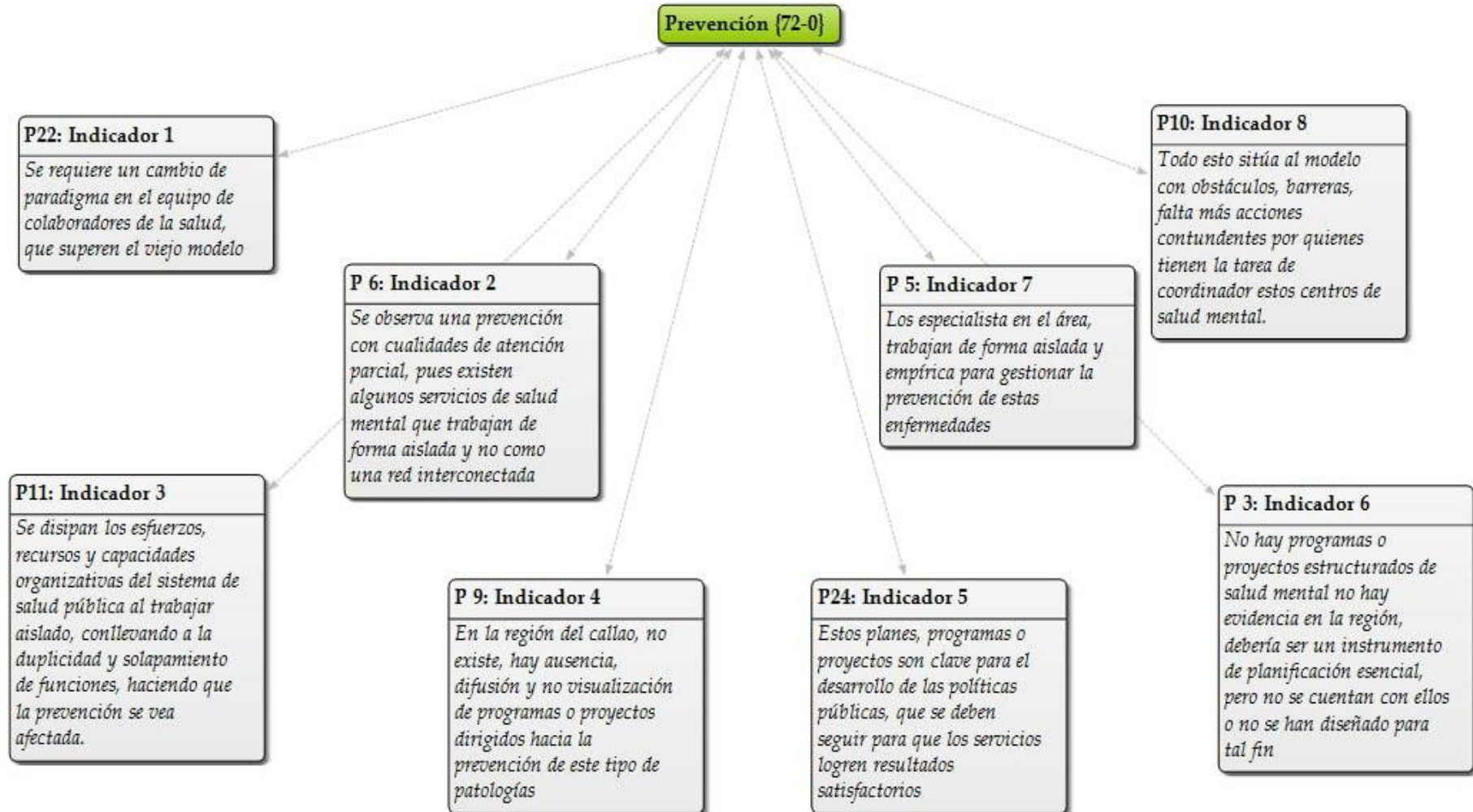
13. ¿Hay presencia de **articulación intersectorial** (diálogo deliberativo) entre los diferentes niveles de gobierno en materia de salud mental, existe ausencia de un enfoque interdisciplinario para coordinar, articular y aunar esfuerzos?
14. ¿Se han diseñado programas o proyectos conjuntos para la **prevención de trastornos mentales** (enfermedades mentales) en la región del Callao?
15. ¿Existe un protocolo o lineamiento estandarizado de enfermedades mentales para atender las **emergencias psiquiátricas**?
16. ¿De qué forma se atienden en la región del Callao en el contexto de las enfermedades mentales, **los problemas psicosociales**?

Gracias por sus aportes.

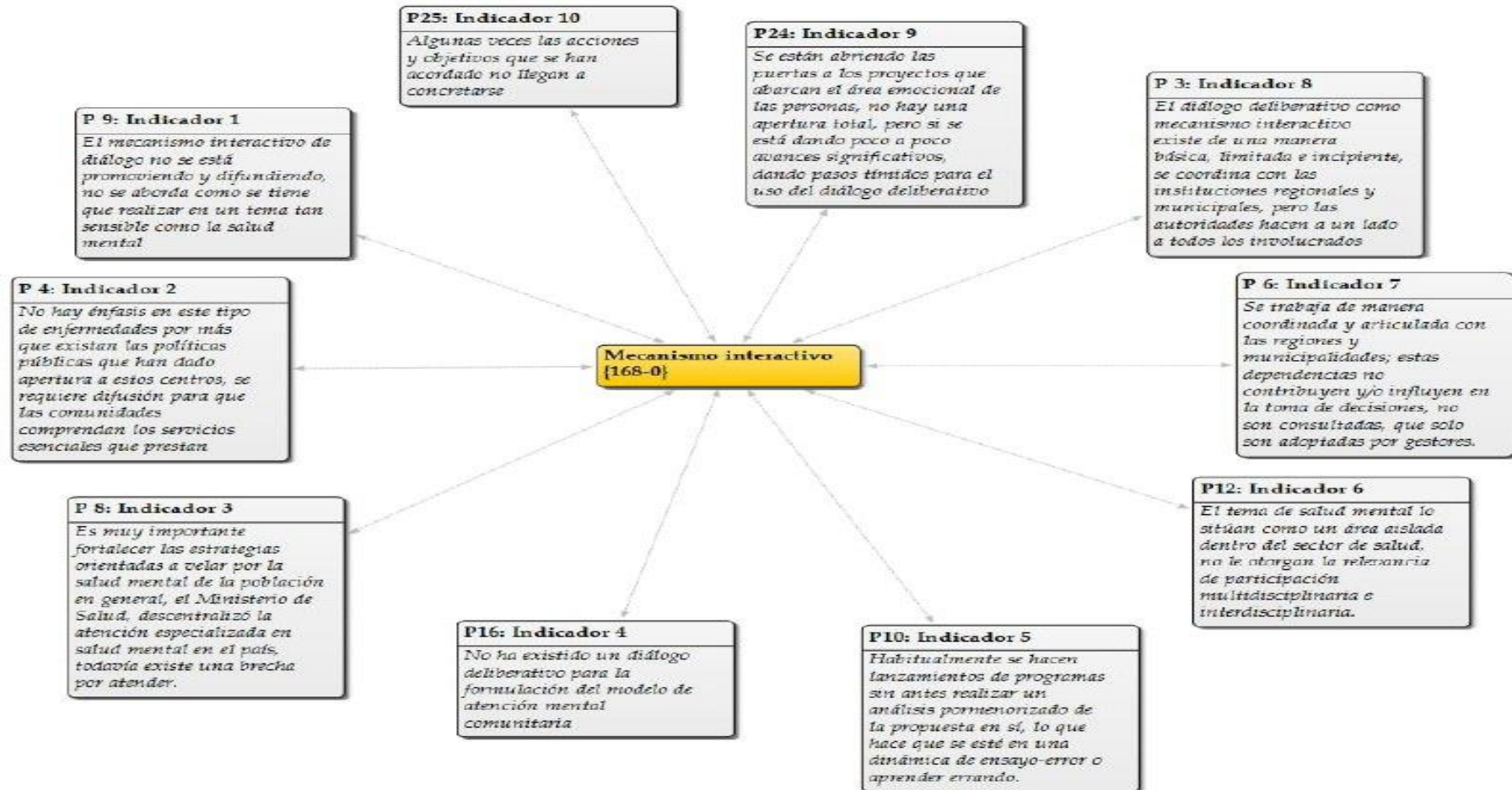
Anexo 3: Categoría Emergente: Tratamiento



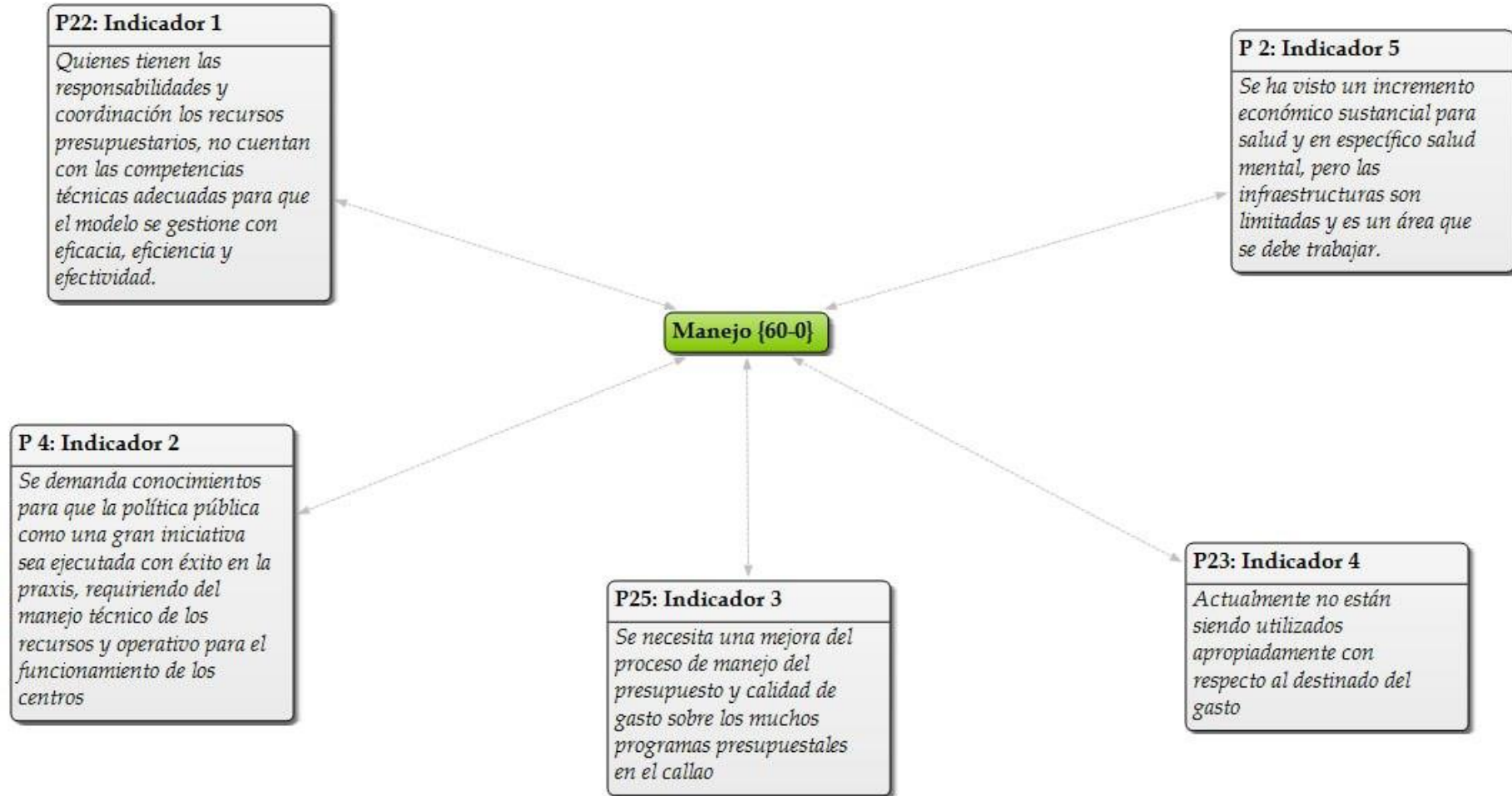
Anexo 4: Categoría Emergente: Prevención



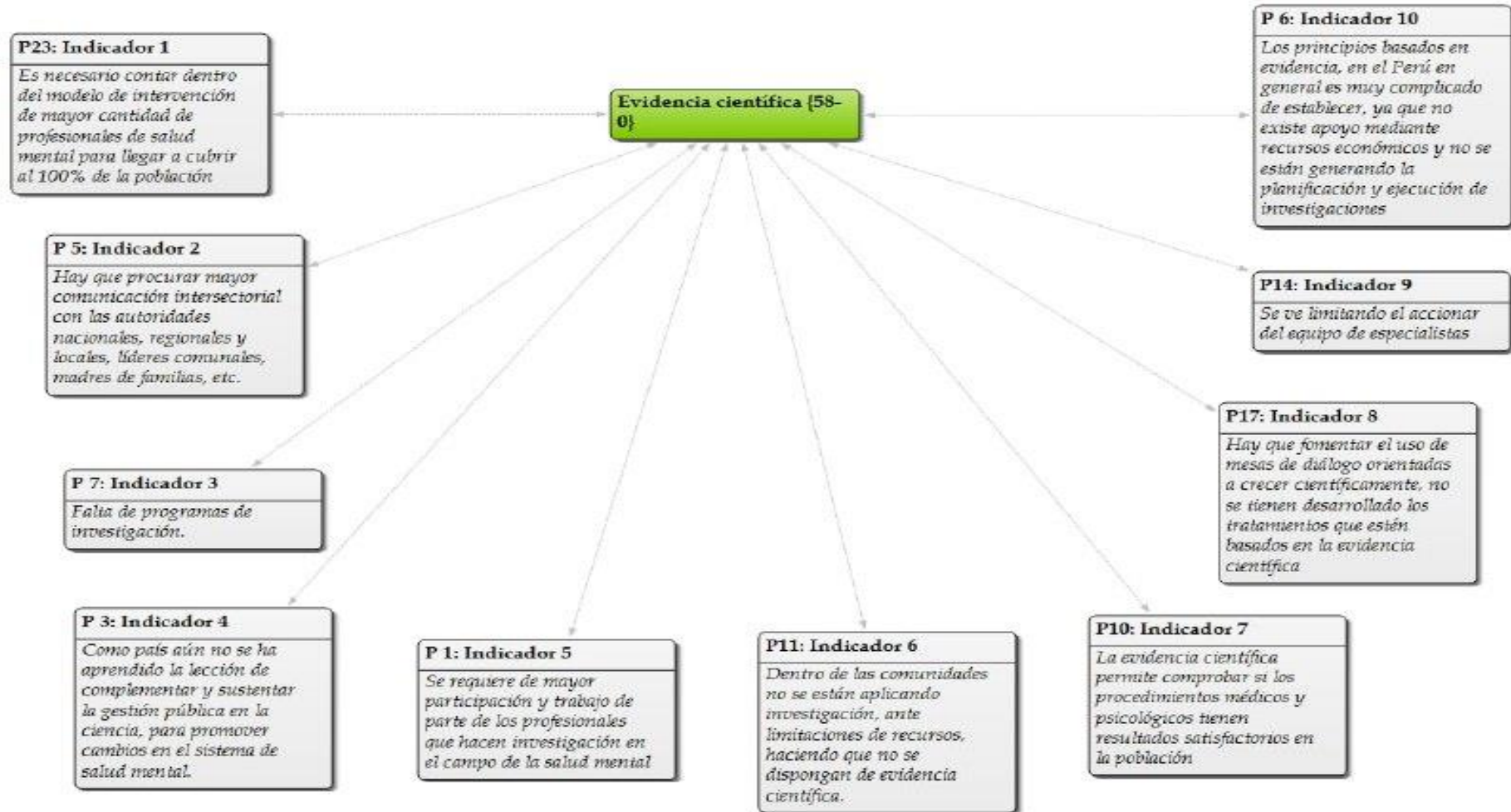
Anexo 5: Categoría Emergente: Mecanismo Interactivo



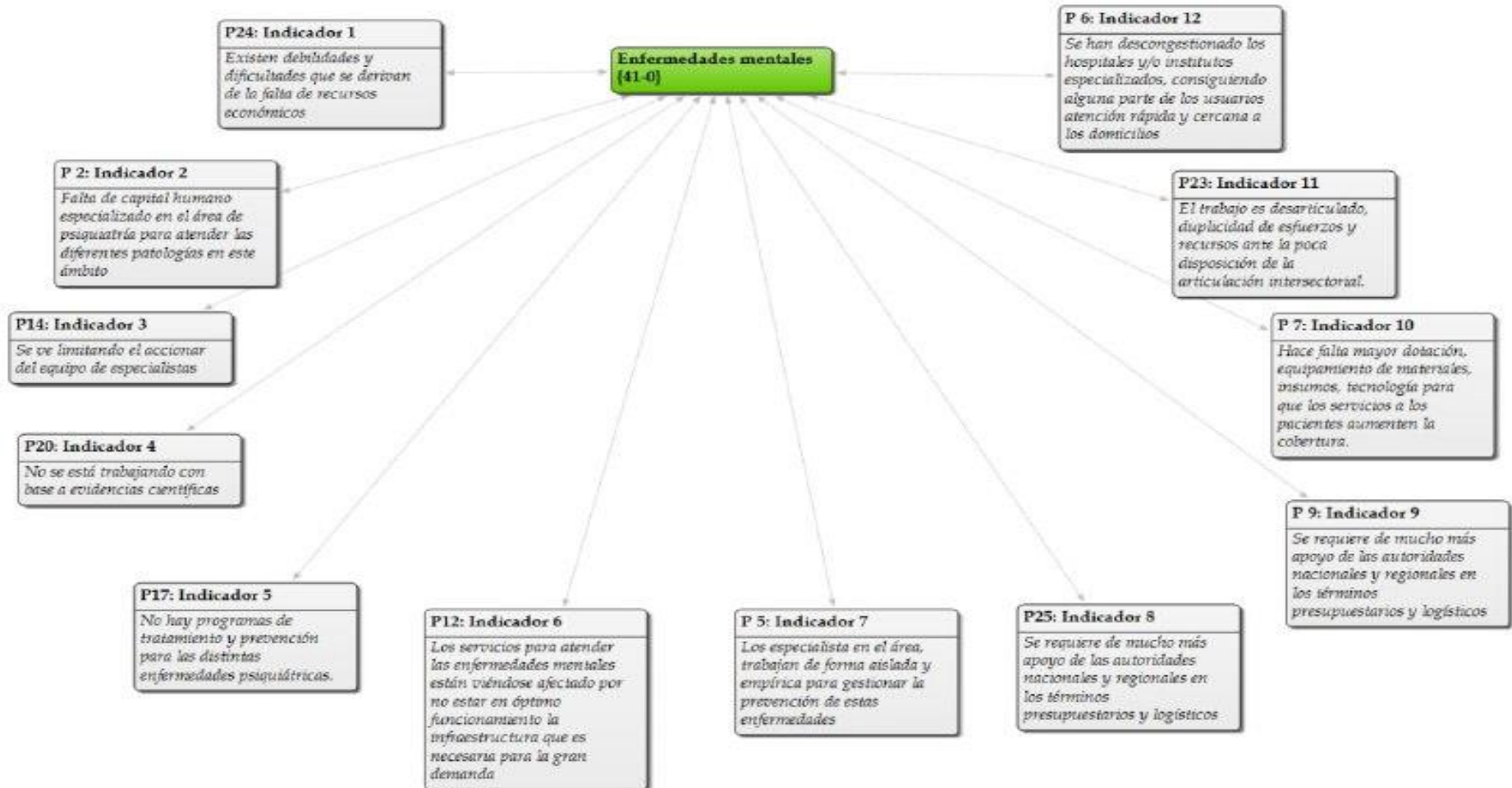
Anexo 6: Categoría Emergente: Manejo



Anexo 7: Categoría Emergente: Evidencia Científica



Anexo 8: Categoría Emergente: Enfermedades Mentales



Anexo 9: Categoría Emergente: Bienestar Mental

